SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE N°s 1 et 2 SAMEDI 1er JANVIER 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Dr J. NOIR, Directeur

Le N° 5 frs

C. Seine 76.579

C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes





À NOS LECTEURS. — *Ce numéro et celui qui le suivra vous parviendront avec un retard de quelques jours dont nous nous excusons. Ce retard est dû à la fermeture obligatoire de notre imprimerie pendant la période du 27 décembre 1943 au 3 janvier 1944.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. CARRIERE (de Lille) et FAVRE (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la première Division (*médecine et spécialités médicales*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital temporaire Piccini.* — M. le Professeur LEMAÎTRE fera sa première leçon le 7 mars 1944, à 10 heures, à la Clinique 6, rue Piccini, et continuera ses leçons les jeudis et samedis à la même heure.

— *Clinique de la tuberculose de l'hôpital Laënnec* (Professeur Jean TROISIER). — Tous les mardis, à 10 h. 30, présentation de malades. Jeudis et samedis, à 10 h. 30, polyclinique au Dispensaire Léon Bourgeois.

— *Cours de pharmacologie* (Professeur : M. TIFFENEAU. Professeur sans chaire : M. R. HAZARD). — M. le Professeur HAZARD commencera en janvier 1944 son cours, qui aura lieu les mardis, jeudis, samedis, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Sujet du cours : médicaments cardio-vasculaires, médicaments opothérapiques, vitamines, etc.

— **Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine** (Professeur Maurice LOEPER). — *Les médications du jour*, le samedi 10 h. 45. — 15 janvier : Sang conservé et sang frais dans les transfusions : M. SUREAU. — 22 janvier : Traitement des troubles de la coagulation : M. VARAY. — 29 janvier : Anémies ferriprives et leur traitement : M. MALLARMÉ. — 5 février : Traitement des coronarites : Professeur AUBERTIN. — 12 février : La prévention et le traitement des embolies en chirurgie : M. FUNCK-BRENTANO. — 19 février : Traitement chirurgical des phlébites : M. SERVELLE. — 26 février : L'artériectomie dans les artérites : Professeur LERICHE. — 4 mars : Les vitamines dans les affections digestives : M. LESNÉ. — 11 mars : Nouveaux traitements des oxyures : M. HILLEMAND. — 18 mars : Traitement sympathique de la constipation : M. FAROY. — 25 mars : Produits hormonaux et tube digestif : M. Guy LAROCHE. — 1er avril : Les antisulfamides : Professeur NITTI. — 22 avril : Sulfamides et staphylocoques : M. Jean COTTET. — 29 avril : Erythrodermies médicamenteuses : M. DEGOS. — 6 mai : Les nouveaux médicaments de la douleur : Professeur HAZARD. — 13 mai : Traitement endocrinien de la stérilité : M. VARANGOT. — 20 mai : Modifications biologiques de l'électro-choc M. DELAY. — 3 juin : Traitement de l'intoxication benzénique : M. PERRAULT. — 10 juin L'opium français : M. SIGUIER. — 17 juin : Détoxication par le soufre : Professeur LOEPER.

— **Hôpitaux de Paris.** — A la suite du dernier concours, MM. DEBAIN et LOISEAU ont été nom-

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. 120 fr. | Étudiants..... 80 fr.

més assistants d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris.

— **Hôpitaux de Nancy.** — Des concours seront ouverts à l'hôpital central de Nancy : le 2 mars, pour un poste de médecin des hôpitaux ; le 4 mars, pour un poste de chirurgien des hôpitaux ; dans la première quinzaine de mars, pour des postes d'assistants de médecine, chirurgie et spécialités (gynécologue-accoucheur, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, électro-radiologiste, chef de laboratoire de biologie médicale).

Les candidats devront déposer à la Direction régionale de la Santé, avant le 15 février 1944, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 août 1943 (*Journal officiel* du 6 septembre 1943).

— **Laboratoire départemental d'Alençon.** — La date du concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour le poste de Directeur du Laboratoire de bactériologie d'Alençon est fixée au 11 janvier 1944. Pour renseignements, s'adresser à la Direction régionale de la Santé, 54, boulevard des Belges, à Rouen.

— **Préfecture de Vaucluse.** *Service du contrôle de la salubrité.* — Un concours sur titres et sur épreuves, pour le recrutement d'un médecin-chef du service départemental du contrôle de la salubrité, aura lieu à la Faculté de médecine de Marseille le 7 février 1944.

Les candidats devront adresser sous pli recommandé avant le 15 janvier 1944, à M. l'Inspecteur de la Santé de Vaucluse, 19, rue Victor-Hugo, à Avignon, leur demande sur papier timbré, accompagnée des pièces habituelles, légalisées.

— **Société pour femmes et enfants de médecins.** — La Société de Secours mutuels et de Retraite pour femmes et enfants de médecins, dite F. E. M., 60, boulevard Latour-Maubourg, à Paris (VIIe), a pu, grâce en partie aux libéralités des Laboratoires de spécialités pharmaceutiques, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins, durant l'année 1943. Les dons reçus se sont élevés à la somme totale de 55.450 francs.

La Société demande à ses généreux donateurs de bien vouloir lui continuer leur bienveillant appui, afin de lui permettre de combler le vide causé dans sa Caisse de secours par la suppression momentanée du *Bal de la Médecine française*.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Philippe COLPIN, troisième enfant du Docteur André Colpin (Hirson, Aisne, 16 novembre 1943) ; de Marie-Christine BRÉGEAT, troisième enfant du Docteur Paul Brégeat (Paris, 9, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe) ; d'Alain MERCIER, fils du Docteur Mercier (Bracieux, Loir-et-Cher) ; de Marie-Christine ALBERT, quatrième enfant du Docteur Ernest Albert (Versailles, 21 novembre 1943) ; d'Edith DESREUMAUX-DENYS, cinquième enfant du Docteur S. Desreumaux-Denys (Bergues, Nord, 30 novembre 1943) ; de Jacques COUPPEY, troisième enfant du Docteur Marcel Couppey (Vire, 19 novembre 1943) ; d'Alain BERGERON, troisième enfant du Docteur Roland Bergeron (Nemours, Seine-et-Marne, 28 novembre 1943) ; de Marielle-Anne LE MOUELLIC, seconde fille du Docteur Le Mouellic (Raucourt, Ardennes, 24 novembre 1943).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage du Docteur François VICAT, avec Mademoiselle Annie CARNAC. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 22 novembre 1943, en l'Eglise cathédrale de Vannes.

— Le Docteur Pol THAVAUD, fait part de son mariage, célébré le 16 décembre 1943 en l'Eglise de Bourbon-Lancy, avec Mademoiselle Geneviève CHAPELLE.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Lucien LAMY, de Paris ; du Docteur Robert-Charles-Joseph LE PRIEUR, Président de l'Association des Anciens combattants de l'arrondissement de Valognes, décédé le 3 septembre 1943 à Valognes dans sa 70e année ; du Docteur Eugène TERRIEN, ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté de Paris, ancien président de la Société de Pédiatrie. Il était le frère du regretté professeur de Clinique ophtalmologique Félix Terrien.

— Le Docteur DUGÉ DE BERNONVILLE (Le Langon, Vendée) fait part du décès de son cher petit Bertrand, rappelé à Dieu le 6 décembre 1943, à l'âge de 16 mois.

— Le Docteur Couleru, de Pau, fait part du décès de sa mère, Madame Veuve Marcel COULERU-DENTAN, survenu à Pau, le 2 décembre 1943, à l'âge de 71 ans.

Stocks d'insuline d'urgence

Le *Centre répartiteur de l'Insuline communique ce qui suit* :

En vue de faciliter le traitement des malades atteints de coma diabétique, il a été créé en divers points du territoire des dépôts d'insuline dits « Stocks d'insuline d'urgence », où il est possible de se procurer immédiatement de l'insuline sans autre formalité que la présentation d'une ordonnance signée par le médecin traitant et portant la mention « Coma diabétique ».

Il est formellement interdit de recourir à ces stocks pour le traitement habituel du diabète ou toute autre complication que le coma diabétique.

Nous donnons ci-dessous la liste des 69 stocks créés dans le secteur du Centre répartiteur de Paris. On remarquera que, dans certaines localités, le stock a été entreposé à l'Hôpital ; celui-ci est tenu d'en faire bénéficier non seulement les malades hospitalisés, mais encore tous les malades de la région dont le traitement justifierait le recours au stock d'urgence.

Dans les mois prochains, ces stocks seront multipliés. Les malades, les médecins, les pharmaciens sont invités à conserver la liste ci-dessous. Ils pourront aussi, en cas de nécessité, téléphoner au Centre répartiteur de Paris (Diderot 12-89), qui leur fera connaître le stock le plus proche de la résidence du malade.

Liste des stocks d'urgence du Centre répartiteur de Paris :

Paris : Laboratoires BRUNEAU, 15, rue de Berri (VIIIe).

Seine : BOURG-LA-REINE, Miscopein, 15, Grande-Rue ; COURBEVOIE, Dournel, 36, boulevard de Verdun ; CLAMART, Jovignot, 26, rue de Paris ; DRANCY, Bostviger, 45, rue Sadi-Carnot ; MAISONS-ALFORT, Everlange, 211, rue de Créteil ; MONTREUIL, Bizet 32, rue Rouget-de-l'Isle ; NEUILLY-SUR-SEINE, Bonin, 153, avenue de Neuilly ; PRÉ-SAINT-GERVAIS, Pierre, 39, rue Charles-Nodier ; SAINT-MAUR, Chaigneau, 3, square des Maronniers ; SAINT-OUEN, Petitjean, 1, rue d'Alembert ; VILLEJUIF, Lelegard 68, avenue Jean-Jaurès ; VINCENNES Delabre, 17, avenue de Paris,

Seine-et-Oise : VERSAILLES, CORBEIL, ETAMPES, MANTES, PONTOISE, RAMBOUILLET, *Hôpital*.

Seine-et-Marne : MELUN, COULOMMIERS, FONTAINEBLEAU, MEAUX, PROVINS : *Hôpital*.

Loiret : ORLÉANS, GIEN, MONTARGIS, PITHIVIERS, *Hôpital*.

Loir-et-Cher : BLOIS, ROMORANTIN, VENDOME, *Hôpital.*

Eure : EVREUX, BERNAY, LES ANDELYS, PONT-AU-DEMER : *Hôpital.*

Eure-et-Loir : CHARTRES, CHATEAUDUN, DREUX, NOGENT-LE-ROTROU : *Hôpital.*

Cher : BOURGES, SAINT-SATURNIN : *Hôpital.*

Seine-Inférieure : ROUEN, DIEPPE, LE HAVRE, NEUFCHATEL, YVETOT : *Hôpital.*

Calvados : CAEN, BAYEUX, LISIEUX : *Hôpital.*

Manche : SAINT-LÔ, AVRANCHES, COUTANCES : *Hôpital.*

Orne : ALENÇON, ARGENTAN, DONFRONT, LAIGLE : *Hôpital.*

Marne : *Pharmacies.* CHALONS, Ploussard ; EPERNAY, Loyer ; REIMS, Charlier ; SAINTE-MENEHOULD, Baillon ; VITRY-LE-FRANÇOIS, Mutel.

Haute-Marne : *Pharmacies.* CHAUMONT, Jactel ; DOULANGES-LE-CHATEAU, Masse ; LANGRES, Andrieux ; SAINT-DIDIER, Thomas.

Aube : *Pharmacies.* TROYES, Croix ; ARCIS-SUR-AUBE, Corgibet ; BAR-SUR-AUBE, Leroux ; BAR-SUR-SEINE, Rolandez ; ROMILLY-SUR-SEINE, Frotte.

Bibliographie

Maladies professionnelles, par M. le Professeur DUVOIR, médecin des hôpitaux, directeur de l'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail et le Docteur Emile MALESPINE. Cahier n° 3 de la Collection « *Les Textes sanitaires* », Vigot frères, éditeurs, Paris 1943. Prix : 40 francs.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil National

Le 22 décembre dernier, le Professeur Portes, dans une communication à la presse, a exposé les résultats obtenus lors de la récente session du Conseil National.

Trois grandes questions, on le sait, étaient à l'ordre du jour. *La mise sur pied d'une doctrine de la profession* : le mémoire du Professeur Aubertin, sur lequel avaient été consultés les Conseils départementaux a été refondu d'après les suggestions reçues. Le Conseil National l'a, à son tour, repris et « le considère comme base de travail pour l'avenir ».

La nomenclature telle que l'avait présentée la Commission présidée par le Docteur Decourt a été adoptée « après quelques légères modifications ».

La retraite, le gros problème de cette session, a donné lieu à des discussions serrées. Ce n'est pas tel ou tel des projets présentés qui a été adopté, mais le principe d'une institution commune à plusieurs : une Caisse autonome. La porte reste ouverte à toutes les combinaisons telles que coopération avec les Compagnies d'assurances privées, avec les Sociétés médicales de prévoyance déjà existantes. Cette Caisse autonome sera dirigée par un Conseil d'administration (et non par le Conseil National) dont la moitié des membres sera élue et où les Sociétés médicales de prévoyance compteront trois représentants.

Le Code de déontologie, élaboré par le Professeur Aubertin et le Docteur Mahoudeau assistés de juristes, est maintenant soumis à l'examen du Conseil d'Etat. Le président Portes veillera à ce qu'une liaison étroite s'établisse entre cette assemblée et les auteurs du Code afin de permettre à ceux-ci d'ex-

poser aux magistrats l'esprit dans lequel ils ont conçu telle ou telle disposition.

A l'issue de cette session, le président rappelle que le présent Conseil National a été élu le 18 juillet, que ses travaux n'ont réellement commencé qu'à la rentrée des vacances et que pour parvenir aux résultats obtenus, ses membres se sont imposé un énorme effort auquel il rend hommage.

Il développe ensuite le programme d'action qu'il compte proposer au Conseil :

1re *section* : étude d'un Code de déontologie pour les dentistes et les sages-femmes ; étude des moyens de défense légale et morale de la profession.

2e *section* : intervention dans la lutte contre l'avortement criminel et défense de la profession trop souvent attaquée sur ce point. Organisation de la médecine d'entreprise et particulièrement examen des conditions faites aux médecins de mines ;

3e *section* : qualification des spécialistes. L'intangibilité absolue du doctorat sera respectée ; il convient aussi de ne pas émietter la profession en la fragmentant en spécialités trop nombreuses ; respect des situations acquises. Trois catégories de spécialités seront en principe définies : *a*) les grandes spécialités déjà identifiées ; *b*) les spécialités agréées (médecine générale avec tendance à la spécialisation ; ainsi : cardiologie, gastro-entérologie) ; *c*) les spécialités momentanément admises (telles que traitement des varices, par exemple). Il est nécessaire que les spécialistes puissent faire preuve de leurs compétences, d'où nécessité d'organiser l'enseignement des spécialités.

4e *section* : les rapports avec la Mutualité. Le Conseil désire s'entendre avec celle-ci « mais dans la mesure seulement où ne sera pas compromise la *santé* de la médecine ».

5e *section* : régime fiscal du médecin. L'Etat se prépare à accroître encore ses demandes aux professions libérales, il convient d'éviter les tracasseries inutiles.

Le Président fait ensuite allusion à des projets de grande envergure que l'Ordre doit envisager, étudier et réaliser pour remplir son rôle d'agent de la Santé publique : l'équipement sanitaire de la Nation, en particulier la création de maternités rurales, de centres de diagnostic « là où il n'aura pas été devancé », les prises de contact avec le Conseil d'Etat pour s'éduquer dans son rôle de magistrat professionnel, l'échange de vues avec le Ministère de la Santé pour la prise en charge en commun des intérêts sanitaires des pays.

En terminant, le Président relève les allégations émises récemment en public par un ancien membre du Conseil et les dément catégoriquement. Le Conseil National comprend certes plusieurs tendances en politique *professionnelle*, mais la politique d'Etat n'y a jamais été abordée. Le Président couperait court à toute tentative de ce genre où il verrait une errance intolérable d'une assemblée strictement chargée d'études professionnelles.

Conseil du Collège départemental de la Seine

Liste des représentants du Conseil du Collège départemental de la Seine et de l'Ordre des médecins aux fonctions de Délégués préconciliateurs et des Membres de la Commission départementale de la taxation.

1. — Délégués à la fixation du forfait :

Médecine : 1re Direction : Docteur RENAUDEAUX, Paris ; 2e Direction : Docteur BOELLE, Paris ; 3e Direction : Docteur THEULET-LUZIE, Paris ; 4e Direc-

tion : Docteur CAYLA, Neuilly-sur-Seine ; 5e Direction : Docteur CAMUS, Les Lilas.

Spécialités : Chirurgie : MENEGAUX, Paris ; O.R.L. : WINTER, Paris ; Ophtalmologie : MÉRIGOT DE TRÉGNY, Paris ; Stomatologie : DAUGUET, Paris ; Obstétrique : DEVÉ. Paris ; Neuro-psychiatrie : DARQUIER, Paris ; Dermato-vénéréologie : LORTAT-JACOB, Paris ; Electro-radiologie : BOURGUIGNON Paris ; Laboratoire : GOIFFON, Paris.

2. — Préconciliateurs :

Médecine : 1re Direction : Docteur TISSIER-GUY, Paris ; 2e Direction : Docteur MONTAGNE, Paris ; 3e Direction : Docteur DEGUY, Paris ; 4e Direction : Docteur BRUNET, Saint-Denis ; 5e Direction : Docteur PINEL, Créteil.

Spécialités : Chirurgie : PLANSON, Paris ; O. R. L. BONNET-ROY, Paris ; Ophtalmologie : LIÉGARD, Paris ; Stomatologie : DECHAUME, Paris ; Obstétrique : SUZOR, Paris ; Neuro-psychiatrie : BARBÉ, Paris ; Dermato-vénéréologie : RIME, Paris ; Electro-radiologie : COLIEZ, Paris ; Laboratoire : DURUPT Paris.

Membres de la Commission départementale des impôts directs :

Titulaires : Docteurs BONGRAND, Paris ; HERPIN, Paris ; G. LABEY, Paris ; FANTON D'ANDON, Charenton.

Suppléants : Docteurs BIARD, Paris ; GRIMBERT, Paris ; BAUMGARTNER, Paris ; DUVELLEROY, La Plaine-Saint-Denis.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Loi n° 484 du 15 novembre 1943 modifiant l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Art. 1er. — L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifié par la loi du 26 mai 1941, est à nouveau modifié comme suit :

« *Art.* 16. — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement ou par une direction suivie, hors les cas prévus par les articles 6 et 32 de la présente loi, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf dans les cas d'urgence avérée, ou qui pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du secrétariat d'Etat à la Santé.

« 2°. ....

(La suite sans changement).

(*J. O.*, 10 décembre 1943).

Décret du 22 novembre 1943 concernant les conditions de nationalité exigées pour l'exercice de la médecine aux Colonies.

(*J. O.*, 28 novembre 1943).



PARTIE SCIENTIFIQUE



COMMENT TRAITER UNE ENCÉPHALITE AIGUË

Par Georges Boudin
Médecin des Hôpitaux

Les encéphalites aiguës ne représentent pas, comme la poliomyélite, une entité nosologique bien définie, liée à un germe pathogène spécifique ; il existe, en effet, plusieurs types d'encéphalites aiguës, dont la plus courante est représentée par l'encéphalite léthargique.

L'encéphalite dite léthargique ou maladie de von Economo a été la première connue ; ses premières descriptions furent faites simultanément en 1916 par Cruchet sous le nom d'encéphalomyélite subaiguë et, en 1917, par von Economo qui la baptisa encéphalite léthargique. Il s'agit d'une maladie infectieuse, contagieuse et épidémique, grave dans ses manifestations aiguës qui comportent une mortalité assez élevée, et dont la sévérité du pronostic est encore accrue par la possibilité de formes prolongées, dont la plus fréquente est un syndrome parkinsonnien rendant le malade définitivement inapte socialement. Elle est due à un virus filtrant neurotrope ; Levaditi et Harvier ont été les premiers à obtenir une transmission au lapin en partant du cerveau d'un encéphalitique ; ce germe serait, selon Levaditi, identique à celui de l'herpès, l'un et l'autre n'étant que des variantes d'un même virus, *l'ultravirus encéphalitogène*.

De nouvelles grandes pandémies d'encéphalite épidémique se sont montrées assez différentes de la maladie de von Economo. *L'épidémie japonaise* de 1924 se distingue par son caractère estival, son polymorphisme clinique et l'absence de séquelles parkinsonniennes ; son virus apparaît inoculable au lapin et aussi à la souris ; aussi l'appelle-t-on *forme japonaise B* pour la distinguer de la *forme européenne A*. *Aux Etats-Unis* surviennent plusieurs grandes épidémies, qui se rapprochent plus des épidémies japonaises que de la maladie de von Economo, et dont le virus apparaît uniquement inoculable à la souris.

Il existe, d'autre part, des *encéphalites aiguës secondaires*, que l'on voit survenir au cours de maladies infectieuses, telles que la rougeole, la variole, la varicelle, les oreillons, la fièvre typhoïde, ou à la suite d'une vaccination comme la vaccination jennérienne. Elles posent un problème nosologique délicat, certains les considérant comme dues à une localisation anormale du virus de la maladie primitive, d'autres, au contraire, les interprétant comme dues à l'activation du virus encéphalitogène par biotropisme.

Il n'existe donc pas une encéphalite épidémique, mais bien *plusieurs types d'encéphalites aiguës*, infectieuses et contagieuses. Ce manque de spécificité nosologique explique la carence des thérapeutiques spécifiques.

Les tentatives de traitement spécifique par la sérothérapie

a) Au cours des *encéphalites des maladies infectieuses*, il semble logique de tenter une sérothérapie spécifique, si on les considère comme une localisation anormale du virus de la maladie primitive ; l'expérience nous manque pour juger la valeur curatrice du sérum de convalescent, que l'on injectera par voie intra-musculaire aux doses de 50 à 80 c. c. par jour.

b) Contre l'*encéphalite vaccinale*, R. Fasquelle propose l'emploi d'un *sérum anti-vaccin* (en donnant au mot vaccin son sens éthymologique, c'est-à-dire virus du cow-pox ou de la vaccine), il a pu montrer que les sérums de génisse ou de cheval préparés sont doués d'un pouvoir antivaccin nettement plus élevé que le sérum humain, et il paraît logique de les essayer.

c) Quant à l'*encéphalite léthargique*, tous les essais de sérum de convalescent n'ont donné que des échecs, et ils sont aujourd'hui abandonnés. Il en est de même de toutes les tentatives de vaccination. Ces faits sont facilement compréhensibles, quand on pense que la conception de l'ultravirus encéphalitogène n'est pas admise par tous les auteurs et que les tentatives de transmission à l'animal aboutissent le plus souvent à des échecs.

Médication antiinfectieuse

Parmi les médicaments qui possèdent une action antiinfectieuse, certains semblent agir favorablement sur les infections du système nerveux à virus neurotrope, tels sont le salicylate de soude, l'urotropine et l'iodure de sodium.

Le *salicylate de soude* ne possède une action au cours de l'encéphalite épidémique qu'à condition de l'employer par voie intraveineuse, en solution isotonique glucosée, selon la formule :

Salicylate de soude......	1 gramme
Glucose................	1 »
Eau distillée............	10 c. c.
pour une ampoule n° x.	

La dose la plus habituellement employée est une ampoule par jour, soit un gramme de salicylate, on peut fort bien l'augmenter et faire dans la journée 2, 3 ou 4 grammes en faisant, au maximum matin et soir, une injection intra-veineuse de 2 grammes. On fait ainsi une série d'injections quotidiennes pendant 15 à 20 jours, en surveillant l'élimination du salicylate dans les urines. Dans les cas favorables, on voit peu à peu la fièvre tomber, la somnolence disparaître, les phénomènes oculaires s'améliorer.

L'*urotropine* est un excellent antiseptique des infections à virus neurotrope et il fut préconisé par von Economo dès les premiers cas

d'encéphalite ; mais les doses élevées que proposait cet auteur, allant de 2 à 8 grammes, ne sont pas sans danger, pouvant en particulier provoquer des hématuries. On l'emploie en France à doses plus faibles et par voie intraveineuse : on injecte tous les jours une ampoule de 1 gramme pour 5 c. c. d'eau distillée en ampoules stérilisées par tyndallisation, afin d'éviter la décomposition de l'urotropine à 100°. On associe volontiers l'urotropine au salicylate.

L'*iodure de sodium* complète la triade antiinfectieuse active dans les infections à virus neurotrope. On utilise en France, une solution à 5 % que l'on injecte tous les jours par voie intra-veineuse aux doses de 10 à 20 c. c. pendant une vingtaine de jours. La voie intramusculaire semble moins active, on utilise une solution à 1 % dont on injecte 20 à 40 c. c.

Von Economo considère ce traitement comme très actif, il utilise une solution plus forte, à 10 % (solution de Pregl), dont il injecte par voie intraveineuse, trois fois par semaine, des doses élevées allant de 10 à 100 c. c. Il lui associe un vaccin, autolysat de staphylocoques et de B. prodigiosus, qui provoque une réaction thermique favorable à la guérison. On utilise en France un vaccin analogue, autolysat de staphylocoques, b. prodigiosus et de b. pyocyanique ; ses réactions par voie intramusculaire sont anodines, seule la voie intraveineuse provoque à coup sûr une poussée thermique.

Bien d'autres médicaments ont encore été employés comme anti-infectieux ; aucun d'entre eux ne s'est révélé d'une efficacité constante.

Les *sulfamides* n'ont guère donné de résultats encourageants. De Grailly (de Bordeaux), Dereux (de Lille) ont signalé certains cas favorables. Milhit et Fouquet associent les sulfamides à une médication antiinfectieuse courante.

Les *sels d'acridine* n'ont pas donné en France d'amélioration bien nette.

Le *bleu de trypan*, le *bleu de méthylène* ont été tenté par voie intraveineuse, en association avec un autre antiinfectieux, et auraient donné quelques résultats encourageants.

Le *cyanure de mercure* est utilisé par certains auteurs comme un antiinfectieux général. De même l'*arsenic*. Leur action sur l'encéphalite n'est pas éclatante.

En somme, nous ne possédons aucun médicament antiinfectieux, qui exerce une action spécifique sur l'encéphalite ; les plus efficaces sont l'iodure de sodium, l'urotropine, et le salicylate par voie intraveineuse et que l'on trouve associés dans plusieurs spécialités d'un usage courant.

Médication de choc

La carence de la médication antiinfectieuse a conduit certains auteurs à chercher une méthode efficace dans certaines médications de choc.

L'*abcès de fixation* est la méthode la plus en vogue, mais elle a été l'objet de nombreuses critiques.

Sa *technique* est simple : on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face antéro-externe de la cuisse un c. c. d'essence de térébenthine pure. Une réaction inflammatoire locale, douloureuse et fébrile, aboutit en quelques jours à un abcès que l'on incise dès qu'il apparaît collecté, vers le 8e ou 10e jour en général ; la cicatrisation se fait rapidement.

On doit à tout prix éviter une injection profonde de térébenthine au-dessous du plan aponévrotique, qui provoquerait un décollement important avec fusée purulente à distance.

Les *résultats* de l'abcès de fixation sont variables : Netter les déclare très encourageants, et, de fait, on voit la somnolence, les troubles oculaires s'atténuer à mesure que l'abcès se collecte mieux, et la fièvre disparaître avec l'incision de l'abcès ; ces résultats sont en général durables. Ils sont cependant loin d'être constants. Certains auteurs s'élèvent contre l'allure brutale de la méthode qui devient dangereuse, lorsqu'elle n'est pas appliquée très correctement, que l'injection est faite trop profondément, entraînant des décollements importants nécessitant incisions et contre-incisions qui font inutilement souffrir le malade.

Un *choc hyperthermique* peut être obtenu par divers agents médicamenteux : injections sous-cutanées de lait stérilisé, injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux ou de vaccin T. A. B. à doses progressives. Les résultats de ces chocs hyperthermiques sont très variables ; ils sont le plus souvent peu efficaces et fatiguent le malade ; ils ont pu cependant donner quelques beaux résultats, telle une observation d'Harvier qui guérit une encéphalite à forme aiguë parkinsonnienne d'emblée, faisant disparaître rapidement les signes extrapyramidaux.

Quant à la *pyrétothérapie* , telle qu'on la réalise avec la malariathérapie ou la fièvre récurrente, ses résultats ne diffèrent guère de ceux obtenus avec les méthodes de fièvre artificielle, et elle est abandonnée au cours de l'encéphalite.

Médication symptomatique

On pourra agir sur tel ou tel symptôme dominant par diverses médications symptomatiques.

L'agitation et l'insomnie seront calmées par de grands bains chauds prolongés.

Les douleurs et les algies pénibles de ces malades sont peu calmées par les antinervins et les opiacés.

La somnolence peut être améliorée par de petites doses de caféine, d'éphédrine, de sulfate de benzédrine.

L'hypertension rachidienne peut nécessiter une ponction lombaire avec soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Tzanck avait même proposé en 1918 de synchroniser la soustraction de liquide céphalo-rachidien et l'injection intraveineuse d'un médicament antiinfectieux, par exemple l'urotropine.

De cet exposé une *conclusion* s'impose : nous ne possédons pas à l'heure actuelle un traitement véritablement efficace contre l'encéphalite épidémique ; la multiplicité des médications proposées prouve amplement qu'aucune n'est efficace d'une façon certaine ; chacune a pu donner de brillants résultats, mais qui restent à l'état isolé et ne permettent aucune généralisation possible. Et ce fait ne surprend guère, quand l'on pense qu'il s'agit d'une maladie, dont nous ignorons le germe causal et dont on pose encore la question de son unité ou de sa pluralité. Seule la médication symptomatique est possible en l'absence de toute médication étiologique spécifique, médication anti-infectieuse générale dans laquelle la triade médicamenteuse, faite de l'iodure de sodium, l'urotropine et le salicylate, s'est révélée être la plus efficace dans les encéphalites et la plupart des infections à virus neurotrope.

Cette même carence thérapeutique se retrouve dans le traitement des formes prolongées et de la maladie de Parkinson, où seule une médication symptomatique à base de datura, belladone, atropine, ou scopolamine procure une amélioration éphémère du malade. Nous l'étudierons dans un prochain article.

L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Par A. Vaquette

Médecin-Directeur du Sanatorium S. N. C. F.
La Raveire-Passy

Des travaux récents ont insisté sur l'augmentation marquée de la fréquence et de la gravité de la tuberculose pulmonaire au cours de ces dernières années. Cette constatation a quelque chose de tragique quand on pense au lourd tribut que payait déjà la France à cette maladie. Certes, l'alimentation, quantitativement et qualitativement mauvaise, intervient comme l'ont montré certains auteurs. Mais si on consulte les statistiques officielles de la mortalité par tuberculose, établies par M. Moine, directeur du Service des statistiques du Comité national de défense contre la tuberculose, et reproduites par E. Bernard dans son livre « Tuberculose et Médecine sociale », on constate que la France vient en tête des principaux pays du monde, et que pendant la période s'étendant de 1916 à 1934, la diminution de cette mortalité y a été la plus faible.

Une conclusion évidente s'impose : pour qu'il en fut ainsi, avant la crise alimentaire actuelle, dans un pays aussi riche et dont le climat est dans l'ensemble excellent, il faut que la lutte antituberculeuse ait un rendement insuffisant.

Nous voudrions analyser rapidement les causes de cette déficience. Toute l'organisation technique et le fonctionnement de la lutte antituberculeuse doivent avoir pour bases nos connaissances actuelles sur le mode de propagation, l'évolution et la thérapeutique de la maladie. Comme ces notions se remanient assez rapidement, toute nouvelle acquisition doit pouvoir être immédiatement transposée dans la pratique.

La propagation de la tuberculose se fait presque exclusivement par la contagion, le plus souvent dans le milieu familial et plus rarement dans les collectivités : écoles, casernes, etc... Elle a lieu dans la majorité des cas dans l'enfance et secondairement chez l'adulte encore jeune. On trouve assez fréquemment la source de contagion, lorsqu'on diagnostique une tuberculose de primo-infection récente. *La découverte d'un malade cracheur de bacilles implique donc son éloignement immédiat du milieu familial dans le but le plus rapproché de préserver son entourage.*

La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire a fait de très grands progrès durant les deux dernières décades. On peut dire aujourd'hui qu'en règle générale une tuberculose pulmonaire diagnostiquée précocement par rapport au début anatomique réel des lésions, et traitée sans tarder par la collapsothérapie, si elle se trouve indiquée, a toutes les chances de guérir non seulement rapidement mais avec une diminution minimum de la capacité de travail du sujet. *Donc diagnostic précoce, et thérapeutique précoce dans les cas indiqués.*

Mais on sait qu'il n'existe pas de critère absolu pour juger de la guérison réelle et définitive de la tuberculose pulmonaire, et qu'il est plus juste de parler de stabilisation, puisque des rechutes locales peuvent survenir. Il est donc nécessaire de surveiller régulièrement et fréquemment un tuberculeux considéré comme guéri, de façon à pouvoir diagnostiquer précocement et traiter rapidement une évolution nouvelle. D'autre part, un certain nombre de malades traités par pneumothorax artificiel et considérés comme aptes à reprendre une vie familiale et professionnelle sont susceptibles de faire des incidents liés à l'existence de cette collapsothérapie : perforation, pleurésie, symphyse pleurale, qui doivent être traitées par des médecins compétents, non seulement pour éviter de graves accidents immédiats, mais aussi pour assurer le maintien du collapsus, dont la perte risquerait d'annuler les bons résultats acquis jusque-là. *Donc surveillance sévère et régulière du tuberculeux considéré comme guéri, et possibilité de traitement rapide d'une rechute ou d'une complication du pneumothorax.*

En outre, il ne suffit pas d'avoir diagnostiqué précocement, traité rapidement et efficacement un tuberculeux pulmonaire, mais il faut encore lui permettre de reprendre sa vie familiale et professionnelle, en tenant compte de sa capacité fonctionnelle réduite, si on ne veut pas que les efforts médicaux aient pour résultat de faire du malade un impotent et une charge définitive pour autrui. *Donc problème social qui envisage la réintégration dans la vie active du tuberculeux considéré comme guéri, mais dans des conditions spéciales nécessaires à son intérêt personnel et à l'intérêt général.*

L'organisation de la lutte antituberculeuse doit permettre la réalisation des conditions précédentes, grâce à des moyens matériels appropriés, animés par un personnel spécialisé.

Les moyens matériels sont surtout les dispensaires et les centres thérapeutiques (sanatoria, hôpitaux-sanatoria), si l'on met au second plan pour ne pas compliquer la question, les préventoriums, les maisons de réadaptation et les œuvres diverses. Dans l'esprit des lois qui leur ont donné naissance, le dispensaire était considéré comme un organisme de diagnostic et le sanatorium comme un centre de traitement. Depuis le sanatorium a subi quelques modifications parallèlement aux progrès de la collapsothérapie. L'application croissante de la chirurgie thoracique lui a annexé un service chirurgical important. Le dispensaire n'a pas suivi complètement, dans ses modes d'action, les indications que lui donnaient les progrès extrêmement fertiles de nos connaissances phtisiologiques. Il ne s'est pas adapté. Il ne peut plus

être considéré actuellement comme un centre exclusif de diagnostic et de prophylaxie ; encore ne remplit-il pas toujours honorablement ces deux rôles. Il est absolument indispensable d'en faire en même temps un centre de thérapeutique précoce et temporaire. En effet, certaines tuberculoses, et particulièrement celles diagnostiquées au début, impliquent une thérapeutique immédiate. Elles sont alors unilatérales, limitées, et offrent toutes les chances de guérir dans un temps relativement court et dans d'excellentes conditions. Au contraire, si on attend seulement quelques semaines, les lésions s'étendent, se bilatéralisent. Elles exigent alors de longues cures coûteuses et des traitements complexes qui ne permettent souvent que d'obtenir un résultat transitoire dans un nombre limité de cas.

Certes, on pourrait souvent diminuer la phase d'attente du malade à domicile. Mais nous pensons que cela est insuffisant et qu'il faudrait pouvoir isoler immédiatement le malade dans un service spécialisé aussitôt le diagnostic fait. L'isolement immédiat serait plus facilement accepté et on mettrait ainsi obstacle à la dissémination bacillaire tout en rendant possible l'institution d'un traitement précoce. La thérapeutique contribue à faire baisser la courbe de mortalité par tuberculose. Mais, comme l'ont démontré certains travaux, une proportion importante de tuberculeux temporairement guéris finissent quand même par mourir de leur tuberculose, ce n'est donc que par une action toujours plus efficace de la prophylaxie qu'on pourra diminuer d'une façon notable et pendant longtemps encore progressive cette mortalité.

Chaque dispensaire devrait alors avoir à proximité immédiate, soit un hôpital-sanatoirum, soit un service pour tuberculeux dans l'hôpital départemental ou cantonal, étant admis que le médecin serait un phtisiologue et, dans la plupart des cas, le médecin des dispensaires de son rayon d'action. Ce service hospitalier serait très utile en recevant les malades en observation, les anciens malades guéris faisant un incident peu grave mais exigeant une surveillance temporaire, et surtout les malades qui, porteurs de pneumothorax, présenteraient des complications pleurales. D'ailleurs, il existe de ces services de phtisiologie dont s'occupent certains médecins de dispensaire, et dont les bons résultats sont évidents. *Ainsi le dispensaire ne doit plus être considéré comme un centre de diagnostic, mais il doit lui être annexé un service de thérapeutique ayant son siège à l'hôpital départemental ou cantonal, et dirigé autant que possible par le médecin des dispensaires locaux.*

Actuellement, l'arme principale de la lutte antituberculeuse n'étant pas le sanatorium, mais bien le dispensaire ainsi conçu, il s'en suit que la tâche du médecin de dispensaire requiert de multiples connaissances et qualités. Il lui faut parfaitement connaître le diagnostic et la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, les affections avec lesquelles elle peut être confondue, être un excellent propagandiste, apprécier toutes les incidences sociales de chaque cas particulier. Aussi s'étonne-t-on de voir encore des polémiques portant sur la nécessité ou non d'avoir des médecins de dispensaires compétents.

La dernière annonce du concours des médecins adjoints des sanatoriums publics montre bien qu'on les place encore au second rang. Pourtant, tant qu'on ne sera pas pénétré de l'idée que toute l'action positive et socialement efficace de la lutte antituberculeuse se trouve dans le rendement du dispensaire et non dans les éternelles discussions sur la section d'un centimètre de côte en plus ou en moins dans une thoracoplastie, ou l'avantage de telle ou telle sonde dans les aspirations cavitaires, on n'avancera guère.

On peut dire schématiquement que les progrès de la lutte antituberculeuse sont fonction de la compétence et de l'activité du médecin de dispensaire. Cette compétence n'est pas seulement indispensable à l'exercice correct de ses fonctions, elle est aussi le plus sûr argument de propagande auprès des médecins praticiens, qui ne doivent pas hésiter à lui envoyer tout pulmonaire suspect. Ils ne le font malheureusement pas assez souvent, soit parce qu'ils ignorent les possibilités thérapeutiques actuelles de la maladie, soit qu'ils n'aient pas confiance dans le spécialiste. Il en est ainsi, en particulier et pas seulement, quand les dispensaires sont tenus par des médecins de clientèle qui ignorent à peu près tout de la phtisiologie, bien qu'ils soient pleins de bonne volonté et de dévouement.

La compétence du spécialiste est aussi la base de la confiance du malade. Le traitement de la tuberculose exige souvent une rupture brutale de la vie familiale et professionnelle. Ces sacrifices ne sont acceptés par le malade que s'il est sûr d'être bien dirigé. Les malades se rendent vite compte de la valeur de leur médecin, non seulement par eux-mêmes, mais aussi grâce aux réflexions d'autres malades qui, au cours de longs mois de cure, ont parfois acquis des connaissances phtisiologiques surprenantes.

Le recrutement du médecin de dispensaire est capital. Il est nécessaire qu'il soit fait par un concours national sur titre et sur épreuve. A ce concours ne devraient être admis que les médecins ayant déjà fait un stage d'au moins deux ans dans un sanatorium ou un service de phtisiologie. On aurait ainsi d'excellents spécialistes dont les connaissances pourraient être rafraîchies par des stages de quinze jours tous les deux ans dans un service spécial de phtisiologie.

En outre, pour travailler avec efficacité, les services techniques et le personnel spécialisé doivent être dirigés et contrôlés. Comment concevoir un rendement satisfaisant de la lutte antituberculeuse dans une atmosphère d'anarchie ? Il est nécessaire que la lutte antituberculeuse soit animée par un esprit capable de lui insuffler une vie active, de coordonner tous les efforts et de les diriger dans un sens bien défini par les conditions du moment. Tous les médecins participant à cette lutte doivent travailler dans un esprit d'équipe et non s'épuiser dans des luttes intestines de préséance, d'opposition de doctrine ou dans des conflits d'intérêts personnels. Il faut à la lutte antituberculeuse, une direction unique et effective capable de canaliser et de stimuler les activités, ainsi que de contrôler le rendement des différents organismes et la valeur professionnelle des exécutants. Il serait ainsi possible de connaître le coût de la lutte antituberculeuse et la complexité invraisemblable de son système financier.

Grâce à une centralisation compétente de la direction et du contrôle, l'étude des problèmes se rapportant aux questions médicales et sociales de l'endémie tuberculeuse pourrait être faite sur une vaste échelle et avec des précisions suffisantes pour en tirer des conclusions valables. Que signifient, en effet, actuellement les statistiques concernant l'activité des dispensaires et consistant en des courbes du nombre des visites ou des pneumothorax, etc..., cela ne montre en rien la qualité du médecin responsable. De même, en sanatorium, le nombre des pneumothorax créés n'est nullement symptomatique du rendement effectif de l'établissement, car on peut faire de la bonne ou de la mauvaise collapsothérapie. Il

serait utile de centraliser à Paris les renseignements concernant tous les malades.

Ainsi, la bonne répartition dans toute la France d'un réseau de médecins spécialisés possédant des centres de diagnostic et de thérapeutique précoce et temporaire, et travaillant en collaboration avec les sanatoria et les organismes de prévention, sous l'autorité d'un directeur muni de pouvoirs étendus et durables, constitue une réforme urgente et indispensable pour accroître le rendement de la lutte antituberculeuse et mettre fin aux incohérences et déficiences actuelles.

LA PLACE DE LA MYOMECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS

L'opération pratiquée de beaucoup le plus souvent, actuellement, dans la thérapeutique chirurgicale des fibro-myomes utérins, est l'hystérectomie. En fait, sur une statistique de plus de 10.000 cas appartenant à trente chirurgiens différents, Tixier et Labey, dans leur rapport au Congrès de chirurgie de 1924, notaient que le nombre des myomectomies ne dépassait pas 4 pour 100.

Faut-il donc considérer, en pareil cas, la myomectomie comme une intervention qui doit rester assez exceptionnelle ?

Une discussion intéressante s'est ouverte à ce propos à la séance du 17 juin dernier de l'Académie de chirurgie, séance qui avait réuni l'Académie nationale de chirurgie et la Société de chirurgie de Lyon, donnant ainsi une ampleur et une importance particulières aux communications présentées.

A propos d'une série de 157 cas de myomectomie, M. le Professeur G. Cotte, de Lyon, est venu montrer qu'une place beaucoup plus grande devrait être accordée à l'intervention conservatrice dans le traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus. Sans mettre en doute la valeur de l'hystérectomie, qui reste et restera dans beaucoup de myomes la seule intervention à pratiquer, M. Cotte estime qu'il ne faut pas la présenter comme seule susceptible d'assurer la guérison ou comme celle qui offre le moins de risques. Après avoir, comme tous les chirurgiens, sacrifié à la doctrine de l'époque et fait ainsi beaucoup d'hystérectomies totales pour fibromes, il a commencé dès 1924 à accorder une place plus grande à la myomectomie. En 1934, il apportait déjà une statistique de 47 myomectomies sur une série de 102 myomes opérés. Dans ces quatre dernières années, sur un total de 335 myomes opérés, il compte 157 myomectomies soit un pourcentage global de 46 p. 100.

La mortalité opératoire concernant ces 157 malades n'a comporté qu'un seul décès. Les 156 autres malades ont toutes guéri dans des délais normaux sans présenter la moindre complication, ni phlébite, ni infarctus. Beaucoup de myomectisées ont eu, toutefois, pendant les premiers jours, une élévation thermique atteignant souvent 38°5, 39°, due à la résorption qui se fait au niveau de l'utérus après l'énucléation du myome.

Les objections tirées des risques de récidive ou de l'évolution ultérieure d'un cancer ne sauraient entrer en balance avec les avantages de la myomectomie. Si l'on a soin d'enlever tous les noyaux, petits comme grands, il y a vraiment peu de chance que l'on ait à réintervenir. Quant aux risques de cancérisation secondaire, ils ne sont pas plus grands qu'après une hystérectomie subtotale. C'est parce qu'au cours d'une pratique de vingt ans, M. Cotte s'est rendu compte que la myomectomie n'est pas plus grave que l'hystérectomie, qu'elle n'offre pas plus de risques, qu'il en a étendu beaucoup les indications. Les avantages de la myomectomie sont, en effet, très appréciables : possibilité de grossesses ultérieures, conservation à la femme de toute sa féminité. Même après l'âge de 40 ans, surtout s'il s'agit d'un myome unique, la myomectomie conserve ses droits.

La communication du Professeur Cotte incitera certainement nombre de chirurgiens à recourir plus souvent qu'auparavant à l'opération conservatrice dans le traitement chirurgical des fibromes.

P. Lacroix.

NOTES CLINIQUES

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE PAR LE CHLORURE DE MAGNÉSIUM

J'ai reçu, comme tous mes confrères, les circulaires du Conseil de l'Ordre des médecins de la Charente-Maritime me confirmant la raréfaction du sérum antidiphtérique.

Or, depuis dix ans, j'ai traité avec succès plus de 60 cas de diphtérie moyenne et maligne par la simple solution suivante :

Chlorure de magnésium granulé desséché ($MgCl^2$)...............	20 grammes
Eau commune..................	1 litre

J'emploi cette solution par doses de 125 cent. cubes (2 gr. 50 de $MgCl^2$). Je prescris la première dose de 125 c.c. dans un verre, à prendre en une fois ou en cinq minutes ; puis, deux heures après, une deuxième dose de 125 c.c. Cette dose est renouvelée toutes les 6, 8 ou 12 heures selon la gravité du cas.

Ce traitement est extrêmement simple et rapide. Souvent, l'analyse revient du Laboratoire — car l'examen de la culture se fait à partir de la 17e heure — quand le malade est presque guéri. Dans les temps présents, le sérum anti-diphtérique ne se trouvant plus en quantité suffisante, je me fais un devoir de faire connaître la médication en question qui m'a donné les meilleurs résultats, sans la sérothérapie.

Dr Neveu,
(Breuil-Magné, Charente-Maritime).

J'ai commencé l'étude de ce traitement à Rochefort-sur-Mer, en 1932, et je l'applique depuis octobre 1933. Les premières analyses ont été faites par le Docteur Paponnet, médecin-chef du Laboratoire de bactériologie de l'hôpital de la Marine.

Livres récemment parus

Chez Maloine
Paris-Montpellier

C. Levaditi, P. Lépine et J. Verge. — **Les ultra-virus des maladies animales.** Un vol. 1.226 pages, 202 fig. 1943. Prix : 790 francs.

Professeur M. Chiray, A.-R. Salmon et E. Roger. — **Thérapeutique clinique journalière des maladies du foie et des voies biliaires.** Un vol. 176 p., 1943, 95 francs.

G. Parturier et Ed. Pozerski. — **Régimes des hépato-biliaires.** Un vol. 150 p., 1943, 75 francs.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dissociation entre le pemphigus cutanéo-muqueux qui guérit et les symptômes généraux qui s'aggravent, dans la dermatite de Brocq-Duhring

(M. GOUGEROT ; 5-10-1943)

M. Gougerot présente deux nouveaux exemples de dissociation entre l'éruption cutanéo-muqueuse (pemphigus) de la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring, et les symptômes généraux de la maladie, ces derniers pouvant s'aggraver et entraîner la mort alors que les premiers guérissent. Le mécanisme de cette dissociation est difficile à préciser. On a l'impression d'une auto-intoxication comme chez les brûlés.

L'avenir hépatique des ictères infectieux

(M. Et. CHABROL ; 5-10-1943)

Pour un grand nombre d'ictères épidémiques, on est autorisé à formuler un pronostic immédiatement favorable. Dans bien des ictères infectieux, toutefois, on peut penser aussi qu'une cirrhose de remplacement est sous roche. En dépit de sa dénomination rassurante, l'ictère bénin épidémique n'est pas une affection négligeable, durant laquelle malades et praticiens peuvent sacrifier la diététique au désir de combattre rapidement la dénutrition azotée. C'est une infection dont la bénignité apparente reste trompeuse, si on la juge sur le degré de la jaunisse ou de la cholémie. Sa guérison n'est pas acquise tant que persiste l'hépato-splénomégalie et c'est derrière l'augmentation de volume de la rate et du foie qu'il faut savoir dépister la double menace de la rechute ictérigène prochaine et de l'hépatite chronique à lointaine échéance.

Mécanisme de la calcification osseuse et théorie des « fixateurs du calcium »

(MM. J. ROCHE et Guy-H. DELTOUR ; présentation par M. POLONOVSKI ; 5-10-1943)

Sur la façon de passer, dans l'utilisation du blé, du taux d'extraction 98 au taux 90

(M. L. LAPICQUE ; 26-10-1943)

M. Lapicque présente, au nom de la Commission du rationnement, le projet de vœu suivant :

« L'Académie prend acte, avec satisfaction, de la décision de ramener l'extraction du froment au taux de 90. Mais, pour que cette mesure, qui n'est encore qu'un compromis entre la nécessité et l'hygiène alimentaire, ait tout son effet bienfaisant, il est nécessaire, à défaut d'une organisation spéciale de la mouture, que les Pouvoirs publics formulent des prescriptions sur la nature des issues à réintégrer dans la farine. Les 8 /100e à laisser en dehors doivent porter d'abord, et si possible en totalité, sur les gros sons. »

Ce vœu a été adopté par l'Académie.

Etude comparative de la virulence des syphilomes du lapin et des ganglions satellites

(M. C. LEVADITI ; 19-10-1943)

La virulence chancrigène, jugée du moins par inoculation au lapin et à la souris, a un seuil très différent pour les spirochètes syphilomateux et pour le virus ganglionnaire. Il faut, pour réaliser une infection syphilitique locale, l'inoculation d'un nombre considérable de tréponèmes syphilomateux alors que l'on obtient le même résultat avec du suc de ganglions très peu parasités, voire même pratiquement dépourvus de spirochètes.

Deux hypothèses peuvent permettre d'interpréter ce fait. La première admet qu'un virus syphilitique, différent du tréponème, s'associe à de rares spirochètes dans les ganglions pour conférer à ceux-ci une virulence particulière. Suivant la seconde, le syphilome étant une réaction de défense, les tréponèmes y subiraient une diminution de leur potentiel pathogène.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Volumineux hématome prépéricardique par contusion thoracique sans plaie

(M. F. CABY, de Corbeil. — Rapport de M. R. MONOD; 23-6-1943)

M. Caby rapporte le cas suivant : blessé atteint par une ruade de cheval dans la région sternale. Perte de connaissance pendant une heure ; pendant trois ou quatre jours, douleur coupant la respiration ; puis essoufflement persistant. La radio montre une opacité masquant le cœur. A l'auscultation, bruit de moulin à la région cardiaque. L'auteur pratique une péricardotomie et l'évacuation de 350 c. c. de liquide séro-sanglant. La dyspnée s'atténue. En même temps que se résorbe l'épanchement, on note un souffle rude traduisant une insuffisance mitrale traumatique, qui assombrit beaucoup le pronostic.

Les observations de ce genre sont des plus rares. L'auteur n'a pu relever dans la littérature médicale de ces dernières années qu'un cas d'insuffisance mitrale traumatique et quelques cas d'hématome prépéricardique (thèse de Toreilles), tous consécutifs à une plaie du thorax.

A propos du traitement chirurgical de l'hypertension artérielle permanente

(MM. C. LIAN, H. WELTI et A. GAQUIÈRE ; 23-6-1943)

De l'inefficacité des prescriptions médicales dans l'hypertension artérielle dite essentielle est né le traitement chirurgical. Ce dernier repose sur les données suivantes : rôle possible des capsules surrénales et du système sympathique dans la genèse de l'hypertension, expérience de Goldblatt obtenant une hypertension élevée et permanente par serrage progressif d'une artère rénale. L'intervention peut consister en surrénalectomie, énervation des surrénales, résection du plexus solaire, splanchnicectomie, sympathectomie lombaire, etc...

M. Lian rapporte les observations de 17 malades, atteints d'hypertension artérielle permanente, traités par splanchnicectomie, résection partielle du plexus solaire et sympathectomie lombaire. Les résultats ont été : une chute de tension, non persistante, et dans l'ensemble une amélioration très appréciable des troubles fonctionnels. Certaines complications de l'hypertension (l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, les lésions du fond de l'œil, l'hémiplégie) paraissent constituer une contre-indication opératoire relative. C'est surtout dans les cas de ce genre que les améliorations ont été minimes ou nulles.

— MM. A. SICARD et M. GAULTIER signalent les résultats obtenus chez six malades traités par splanchnicectomie bilatérale. L'opération a amélioré l'état d'hypertension qui avait, jusqu'alors, résisté à d'autres thérapeutiques.

— M. Leriche a opéré 72 hypertendus depuis 1932. Après les sympathectomies, on peut parfois observer des abaissements tensionnels durables, avec rétrocession ou stabilisation de la maladie, mais non le retour à la tension normale. Il ne faut pas rechercher, d'ailleurs, les grosses chutes tensionnelles, celles-ci laissant les opérés dans un état assez précaire. Il faut demander à l'opération principalement la disparition des troubles fonctionnels.

— M. Lian conclut ainsi sa communication et la discussion qui l'a suivie :

1° Les diverses interventions chirurgicales mises en œuvre contre l'hypertension artérielle permanente ne provoquent que des diminutions tensionnelles transitoires ;

2° Néanmoins, elles entraînent assez souvent une atténuation durable des troubles fonctionnels ;

3° Ce bon résultat fonctionnel s'observe surtout dans les hypertensions non accompagnées de complications graves ;

4° Les interventions en question sont, en général, bien supportées. La plus bénigne semble être la splanchnicectomie ;

5° Ces interventions gagnent à être bilatérales et faites en deux séances opératoires ;

6° Malgré la modestie de leurs résultats, ces interventions chirurgicales méritent d'être mises en œuvre, en raison de l'échec habituel du traitement médical.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

A propos du diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes

(M. Brulé et P. Hillemand ; 28-5-1943)

Grâce à une étude minutieuse des clichés, grâce à des examens répétés dans le temps, Gutmann est arrivé à poser des diagnostics de cancer de l'estomac à leur extrême début, à distinguer les ulcères bénins, les ulcères cancérisés, les cancers ulcériformes. Mais il a fait des réserves en affirmant que le diagnostic radiologique n'était qu'un diagnostic de présomption, de probabilité : d'où la nécessité absolue de confronter les données cliniques, radiologiques, gastroscopiques pour présumer d'un diagnostic de bénignité ou de malignité.

Le test thérapeutique lui-même est très important, à condition qu'il ne mène pas à perdre le malade de vue ; mieux vaut aussi attendre quelques semaines pour opérer un malade à bon escient que de faire une gastrectomie inutile. Ces réserves prudentes de Gutmann, on a trop de tendance à les négliger actuellement pour ériger en lois absolues les nuances radiologiques qu'il a signalées. C'est contre cette tendance trop absolue que s'élèvent les auteurs de la présente communication, en insistant sur la valeur de signes directs ou indirects, tels que l'âge du malade ; l'ancienneté de la maladie ; la taille, l'augmentation rapide de la niche, ses irrégularités de contours, sa teinte.

Angiomes caverneux multiples de la peau associés à des angiomes des os de la main

(M. Pasteur-Vallery-Radot et ses collaborateurs ; 28-5-1943)

Le malade, âgé de 48 ans, présente un cas exceptionnel, en raison de la multiplicité des angiomes des os de la main.

G. F.

La Presse

Doit-on traiter chirurgicalement l'hypertension, et dans quels cas ?

On sait que certaines hypertensions malignes sont rebelles à tout traitement médical et évoluent fatalement, plus ou moins vite, vers la mort. Est-il légitime de tenter chez ces malades un traitement chirurgical, puisque le traitement médical s'avère chez eux impuissants ? Telle est la question, que pose le Professeur G. Jeanneney. Les risques opératoires seront d'autant moins importants que le patient sera plus jeune et surtout que ses lésions seront plus récentes, partant plus discrètes. Ainsi on cherchera à diminuer la sécrétion surrénalienne, dont on connaît le rôle hypertensif ; pour cela, on enlève la glande d'un côté et l'on coupe les nerfs, les splanchniques du côté opposé. D'autre part, on luttera contre la vaso-constriction généralisée à tous les tissus. Au moins dans le territoire de l'abdomen et des membres inférieurs : résection partielle de la chaîne sympathique lombaire. Ces opérations sont en général sans gravité, et, dans les cas récents, elles amènent toujours une amélioration des troubles fonctionnels (insomnie, céphalée, asthénie, vertiges), souvent une baisse de la pression, parfois une guérison complète tensionnelle et fonctionnelle. Dans les cas anciens au contraire, compliqués ou associés à des lésions rénales, le résultat est si médiocre, qu'on se demande si l'opération vaut d'être tentée. (*Jour. de méd. et de chir. pratiques*, août 1943).

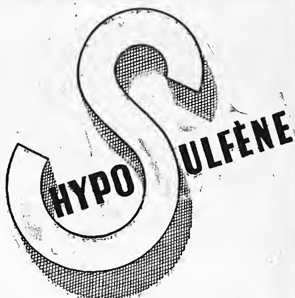
Paralysie générale et délire hallucinatoire chronique

R. Benon démontre qu'après le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie, l'apparition d'un délire systématisé hallucinatoire et chronique constitue un fait nouveau de la pathologie mentale et nerveuse. Auparavant, les idées de persécution, avec ou sans hallucination, quand elles étaient observées dans la paralysie générale avaient un caractère purement épisodique. Leur origine est complexe ; aussi ne faut-il pas en conclure, car ce sont des faits exceptionnels, que les états émotionnels et passionnels ne marquent pas l'origine de la très grande majorité des délires de persécution à évolution chronique. (*Gaz. méd. de France*, août 1943).

Virages retardés des réactions tuberculiniques

F. Bezançon, J. Genevrier et A. Maclouf montrent combien il existe encore d'inconnues dans les conditions de développement de l'allergie tuberculinique. Comme toute réaction biologique, la réaction tuberculinique peut ne pas concorder avec les données cliniques. Si une réaction positive est une preuve presque infaillible d'infection tuberculeuse, on sait qu'il est indiscutablement des états où, bien qu'il existe des lésions tuberculeuses, la réaction reste négative. Un érythème noueux, une conjonctivite phlycténulaire, une pleurésie séro-fibrineuse, un complexe primaire pulmonaire, une spléno-pneumonie peuvent se voir chez des sujets, dont le derme montre à ce moment une absence totale de réactivité à la tuberculine. En présence de signes cliniques ou radiologiques indiscutables, il ne faut pas rejeter le diagnostic de tuberculose et négliger de prendre les mesures que comporte celui-ci sous prétexte qu'il y a réaction nulle à la tuberculine ; celle-ci, dans des cas rares, mais indiscutables, peut faire défaut d'une façon définitive, ou dans d'autres cas se montrer seulement plus ou moins retardée. (*La Presse médicale*, 4 septembre 1943).

G. F.


HYPO
ULFÈNE



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

TOUT BIEN CONSIDÉRÉ

Il faut en prendre son parti : nous commençons l'année sur une déception puisqu'en même temps que nous la guerre y fait son entrée.

Cette guerre, qui ne reconnaît plus de bornes à l'atrocité et à la turpitude, nous espérions que du moins, elle céderait le pas à la précédente sur un point : la durée. Nous voici devant l'évidence : elle battra tous les records. Aucune génération à ce jour n'aura à son actif un tel exploit et, à notre manière, nous aurons progressé. Il est dommage que ce soit seulement dans l'abjection.

Un espoir déçu ! ce serait encore peu de chose si ce nouveau millésime de guerre ne nous apportait que cela. Il y joint, en don de joyeux avènement, quelques promesses sur lesquelles au moins nous pouvons compter. Toutes se résument en ce seul mot : la guerre. Mais pour faire diversion à la guerre étrangère dont nous risquions de prendre l'accoutumance, voici qu'apparaissent les premières escarmouches de la guerre civile. Nous allons être comblés ! Rien ne nous manquera pour rompre la monotomie de l'existence ! De jour en jour elle se fait plus précaire, le danger rôde de plus près autour de chacun de nous, les vivres se raréfient, le chômage larvé reparaît, le charbon et l'électricité nous sont plus mesurés, les moyens de transport s'acheminent vers la paralysie. Des lézardes s'élargissent dans notre édifice social, le sol tremble, les grondements se font plus distincts comme si un vaste écroulement nous guettait. Et la seule pensée qui puisse nous consoler d'aujourd'hui, c'est la quasi-certitude d'un demain qui sera pire encore !

Naissant sous de tels auspices, une nouvelle année n'engage pas aux effusions coutumières. On se retient de faire des souhaits à propos de chacun desquels l'interlocuteur pourrait valablement objecter : « Pensez-vous à ce que vous dites ? Une bonne année ! on ne voit pas comment celle-ci ne serait pas mauvaise. Du bonheur ! souhaitez-moi alors d'être inconscient. La santé ? aujourd'hui sont bien portants ceux qui ne déclinent qu'avec lenteur. Quant à la prospérité, au prix qu'il faut la payer, je n'en veux pas. Gardons nos souhaits pour une autre fois. »

Que répondre qui ne soit faux-fuyants ou benoites consolations ? et qui ne finisse par être plus désolant encore que la désolante réalité ?

***

Et pourtant il n'y aura guère d'hommes sur terre, en ce calamiteux premier janvier, qui se résigne à n'admettre pour lui et ses proches que les perspectives rigides du raisonnement. Une nouvelle année, c'est une échappée qui s'ouvre ; le plus dénué, le plus affaibli, le plus abandonné sentent que tout est remis en question et qu'il leur reste encore cette chance-là à courir. Même le moribond reprend barre sur sa destinée. S'il le faut, on niera l'évidence pour prendre acte de ce que l'on veut considérer comme une promesse. On a forcé la porte, on garde sa place : un délai de grâce est accordé.

Nous en sommes tous là : jamais en notre for intérieur, nous ne nous avouons irrémédiablement battus. Ce n'est pas là chicane ou mauvaise foi, ni rien dont nous devions avoir honte. A défaut de la grandeur sombre de la résignation, nous avons en partage cette magnifique ténacité d'attendre aussi longtemps qu'il faut les revirements de la Fortune. Cette foi en la vie peut être la seule foi qui subsiste au cœur de l'homme ; celle-là du moins lui reste, si désabusé qu'il croit être. A nous, Français, elle vient de loin : c'est l'expression essentielle de notre atavisme national puisque, dit Michelet, « Espoir, c'était la vieille devise de nos Gaulois ». Puisqu'elle est si profonde en nous, cette confiance, comment nous abandonnerait-elle alors que jamais nous n'en eûmes tant besoin.

Que cette année commençante ait la mine peu engageante, qu'à première vue, elle ne nous présage rien de bon et même toutes sortes de disgrâces, que notre sort soit peu enviable ; d'accord ! Et après ?

Ce ne sont pas toujours les ennemis les plus implacables qui ont les mines les plus farouches. Les présages ne déconcertent que les pusillanimes et, en définitive, nous parviendrons bien à modeler tant soit peu notre sort à notre guise.

Pourquoi n'attendre que des échecs et des afflictions ? D'autres que nous (et nous-mêmes !) ont connu des traverses aussi épineuses que celles-ci. Savoir même si, pitoyables comme nous sommes, en y regardant bien, on ne trouverait pas dans notre garde-robe mise à sac de quoi nous faire un accoutrement honorable. D'ailleurs, le mal qu'on endure n'est irréparable que si l'on plie sous son poids. A condition de tenir bon, il devient un éducateur sans pareil et l'on gagne par lui plus qu'on n'avait perdu.

1944 n'est après tout qu'une année comme tant d'autres, dont nous sommes venus à bout. Abordons-la franchement en faisant le compte de ce que nous pouvons attendre d'elle.

***

La disette, la pénurie, le souci, l'insécurité seront notre partage. Nous le savons ; même nous nous attendons à ce qu'elles redoublent et à voir l'hécatombe prendre plus d'ampleur encore. Les vieillards, les malades, les enfants, tous les « sans-défense » fléchiront par sous-alimentation, par manque de chaleur, par défaut de remèdes, fléchiront sous nos yeux, jour après jour, sans que nous puissions leur porter secours. Le massacre des innocents ! à l'échelle de notre siècle, qui a l'ambition de fonder un autre monde.

Il en sera du monde de demain comme de toutes les grandes entreprises humaines qui voulaient autrefois et veulent toujours leur part de sacrifices sanglants. Nous n'aborderons pas à la terre promise sans avoir fait la large offrande de victimes expiatoires ; et nous ne savons pas où le sort choisira.

En compensation, les survivants du moins seront éprouvés et sans fêlure. Prisonniers qui rentreront rêches et tannés des stalags, femmes qui accomplissent des travaux d'hommes, enfants qui crient famine, qui grelottent et qui poussent sous la morsure de l'adversité, voilà les êtres drus, accoutumés aux rigueurs, peu soucieux de leurs aises, rudes à l'effort, voilà les adversaires qu'il faut aux difficultés de demain. Sur eux, nous pourrons fonder notre espoir de voir la France reprendre sa place. D'eux naîtra une race qui sera désaccoutumée de la facilité et ne se laissera pas prendre en défaut par un sort contraire. Il me semble qu'un biologiste comme Carrel ne pouvait rêver plus austère discipline pour l'œuvre

inéluctable de régénérescence. Certes l'école est rude ; il fallait qu'elle le fût, aussi rude que le mal était profond. Qui de nous s'y serait soumis, si une providenticlle fatalité ne s'était abattue sur nous, ne nous avait acculés dos au mur, et, sans un regard pour notre misère, n'avait disposé de nous ? Tout fut ordonné sur un plan qui nous dépassait, tous et chacun ; nous n'eûmes qu'à subir : c'était le plus facile. Car nous en étions à ne plus savoir faire effort sur nous-mêmes. Pour le bien de notre race, et quoi qu'il nous en coûte, si nous savons subir le temps qu'il faudra, peut-être aurons-nous gagné mieux qu'une guerre.

Perspectives à longue distance, me dira-t-on ; pour un bénéfice hypothétique, nous endurons des privations qui, elles, sont certaines.

Il y a aussi des bénéfices actuels. Le premier est la disparition de l'alcoolisme sur laquelle s'accordent tous les médecins. C'était aussi un adversaire que l'on désespérait de voir prendre à la gorge un jour. Même s'il s'était trouvé un gouvernement pour en avoir le courage, les gouvernés eux-mêmes, dans leur inconscience d'enfants gâtés, n'auraient-ils pas tout fait pour mettre la loi en échec ? Par disparition de l'alcool voici l'alcoolisme en déroute et le cercle infernal rompu. Il sera certes plus facile à l'avenir de lui mesurer la place qu'il n'eut été de l'expulser de celle qu'il avait prise.

Accessoirement notre frugal mode d'existence n'a-t-il pas rendu même d'autres services ? Aux obèses qui, par la grâce du rationnement, ne le sont plus et ont appris comment ne plus l'être ? Aux goutteux qui ne risquent pas de faire excès de viandes saignantes, ni de fin Bourgogne ? Aux hépatiques sevrés de matières grasses pour qui Vichy n'est plus qu'une expression politique ? Et même à nous tous qui sommes délivrés du péché de gourmandise ?

Ainsi de l'excès du mal naît le mieux.

* * *

Il n'est pas jusqu'à la gestion du pays qui n'ait quelque profit à attendre du bouleversement actuel. Certes dans le fatras de lois, décrets et règlements qui ont vu le jour en quelques années, il y a plus de gravats à mener à la décharge que de bonne pierre à bâtir. Mais le peu qu'il y a, encore ne faut-il pas l'ignorer.

Ne serait-ce qu'à titre d'expériences, il n'aura pas été vain de tenter une nouvelle disposition de l'édifice social. Même si les réalisations actuelles ne donnent pas satisfaction, leur formule ayant été essayée n'aura plus à l'être demain. Elles auront du reste dans le tohu-bohu que sera l'après-guerre, ce rare mérite d'exister et d'avoir déjà eu le temps de s'adapter. Ce ne seront pas des années entièrement perdues que nous aurons vécues durant que se déchaînait la tourmente, mais une période de tâtonnements dont il subsistera quelques notions valables. Certaines lois, comme celle sur la réforme hospitalière, ou les lois de préservation sanitaire de la race, n'auront du reste été que la mise en œuvre de projets datant d'avant la guerre et qui attendaient leur heure. D'autres, comme celles qui consolident la famille, étaient à tous égards souhaitables et auraient du voir le jour depuis longtemps. Au sortir de la Révolution, Sieyés disait assez piteusement : J'ai vécu. Je crois que nous aurons fait un peu mieux que Sieyès : rien de grand, mais de l'indispensable, de l'urgent. Bien des malentendus sociaux auront été éclairés durant le collapsus national et il est permis d'espérer que les diverses classes rapprochées par la grande pénitence qui s'abattra sur tous ne se haïront plus avec autant de conviction inconsidérée. Au reste, lors qu'on a pris l'habitude de se demander chaque soir si le lendemain on sera vivant, si la maison qu'on habite sera debout, on conçoit mieux la vanité de bien des choses.

Ainsi, nous aurons, au lendemain de la guerre, un pays qui aura eu le temps de se reprendre et déjà de se préparer. Beaucoup peut-être seront plus mal lotis que nous, à commencer par ces incontinents en mal de vaticinations qui nous prédisent un avenir étriqué, humilié, fait d'atonie et de déchéance. Avant de nous accabler de leur superbe et de leur distante commisération qu'ils jettent un coup d'œil sur leur propre destin : ils n'y trouveront pas de quoi être rassurés. Il se pourrait qu'avant longtemps nous eussions nous-mêmes à leur exprimer quelques dignes consolations.

De sorte que, à envisager les choses, avec un peu de bonne grâce, on se prend à trouver que nos affaires ne vont pas aussi mal qu'on le supposait. Dans une Europe qui s'épuise chaque jour et gravement, notre épuisement n'aura fait que préfigurer le sort réservé à tous. Et comme un miséreux vit bien plus à l'aise parmi d'autres miséreux que parmi d'opulents personnages, n'ayant rien à envier à personne, nous goûterons une sorte de bonheur, un de ces ersatz dont nous avons pris le pli de nous accommoder.

Ne valait-il pas la peine, en ce premier janvier, de faire un petit effort d'impartialité pour aboutir à cette conclusion réconfortante après être parti sur d'aussi sombres prémisses ?

Aussi, chers Confrères amis, fortement convaincu comme on l'est toujours par ses propres arguments, je ne me sens plus du tout en peine pour vous dire « Bonne année ».

Je souhaiterai seulement qu'il en soit de même pour vous et que j'aie réussi à vous infuser une euphorie de rigueur en un premier janvier.

Bonne année à vous et aux vôtres. Puisse-t-elle être *la* bonne année, au sens où je l'entends, et vous aussi.

G. Lavalée.

CONTROLE MÉDICAL
DES ASSURANCES SOCIALES

LE MÉDECIN PRATICIEN EST-IL TENU AU SECRET VIS-A-VIS DU MÉDECIN-CONSEIL ?

Les rapports entre médecin-contrôleur (actuellement médecin-conseil) des Assurances sociales et médecin omni-praticien ou spécialiste — surtout spécialiste — ont toujours été tendus en matière de secret professionnel. C'est presque journellement que des directives nous sont demandées dans ce domaine. Or, depuis qu'une législation récente a modifié le statut des médecins-conseils, le problème a considérablement évolué.

Historique

Jusqu'au 29 mai 1941 voici quelle était la situation :

« *Tout médecin-contrôleur ayant pour fonction même de révéler au tiers qui l'a mandaté les faits par lui connus dans l'accomplissement de sa mission, ne peut être tenu au secret professionnel et doit au contraire rendre compte de son mandat* », déclarait la Cour de cassation (Ch. civ., 14 janvier 1914). Il était donc essentiel de séparer nettement la médecine de contrôle de la médecine de soins. Cette distinction était généralement faite dans toutes les lois sociales.

En matière d'Assurances sociales, elle trouva son expression dans l'art. 15 du R. A. P. du 19 mars

1936 : « *Le médecin-contrôleur ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné* ». Le règlement intérieur type des Caisses (arrêté du 30 janvier 1937) spécifia, en harmonie avec la jurisprudence que nous venons de citer, que « *les médecins-contrôleurs doivent communiquer à la Caisse seule les résultats de leur contrôle* ».

De ces règles expresses, la jurisprudence dégagea les conclusions suivantes : « *A défaut de texte précis, le droit de la Caisse ne paraît pas pouvoir s'étendre à exiger la remise par l'assuré ou le médecin traitant de pièces autres que celles expressément prévues par la loi. Les films, analyses, etc., ne doivent pas être produits, cette communication étant de nature à heurter les dispositions de la loi pénale relative au secret professionnel* ». (Trib. civ. de la Seine, 24 novembre 1938). Tel était aussi l'avis formel de MM. Duvoir et Desoille, exprimé dans une communication faite par eux à la Société de Médecine légale le 12 juillet 1937.

Les médecins-contrôleurs essayèrent bien de se faire communiquer *à eux-mêmes* les renseignements ou documents confidentiels, arguant de leur qualité de confrères liés par le secret professionnel. Les médecins traitants purent leur répondre, à fort juste titre, en invoquant l'arrêt du 14 janvier 1914 cité plus haut : « Vous devez la révélation du fait, même secret, à votre Caisse ; nous sommes donc dans l'obligation de vous considérer comme des tiers ».

Les positions respectives étaient donc très nettement définies par les textes et la jurisprudence... au moins en théorie. En pratique, et sous la poussée des exigences sociales, elles se révélèrent très mouvantes. Il était, en effet, difficile pour le médecin-contrôleur de s'abstenir systématiquement de toute immixtion dans les rapports malade-médecin traitant, et de satisfaire en même temps à la mission à lui confiée par l'art. 24 du Règlement intérieur-type, d'accepter la prise en charge de soins ou l'intervention d'un médecin spécialiste.

D'autre part, à chaque instant, en raison encore de ce même article 24, des frictions se produisaient. « *Dans les cas où l'urgence ne permet pas d'attendre la délivrance de l'acceptation de prise en charge, une justification doit être adressée dans les trois jours au médecin contrôleur par le médecin traitant, le spécialiste ou l'assuré* ». Que fallait-il entendre par justification ? Fallait-il justifier de l'urgence ? Fallait-il justifier de l'acte intervenu ? et dans quelles conditions ? Faire connaître seulement les circonstances générales dans lesquelles le traitement avait été conseillé par le médecin traitant et faire connaître la cotation de l'intervention ? Au contraire, fallait-il adresser un protocole succinct de l'examen ou de l'intervention et de ses résultats ; en conséquence, révéler le diagnostic ? C'est là, en pratique, que surgirent les plus graves difficultés.

Médecins traitants et spécialistes pensèrent d'abord les résoudre en se renvoyant mutuellement la balle. Comme ce jeu ne pouvait durer, plusieurs mouvements se dessinèrent ; les uns acceptèrent de révéler le diagnostic, d'autres adoptèrent une solution de compromis : ils remirent au malade lui-même les indications demandées par les Caisses, le laissant libre de les communiquer ou non. En fait, les Caisses refusant tout remboursement des prestations si elles n'obtenaient pas les justifications en question, les malades les leur communiquaient toujours.

Mais un grand nombre de médecins, répugnant à cette solution d'expédient, se mirent en quête d'arguments solides pour les aider dans leur résistance.

Ils pensèrent d'abord au Code de déontologie. Hélas ! Dans son article 51, il avait adopté une rédaction nègre-blanc : refus de diagnostic au médecin-contrôleur, mais indication sur un certificat remis au malade. La thèse des Caisses était donc purement et simplement avalisée par le Conseil supérieur de l'Ordre.

Restait la jurisprudence de la Cour de cassation sur la nature du fait secret. Point d'appui beaucoup plus solide, mais qui ne put satisfaire tout le monde. Nos lecteurs connaissent bien cette jurisprudence : *on ne doit s'abstenir de révéler que le fait secret par sa nature ou les conséquences qui s'y rattachent, ou par la volonté formellement exprimée du malade. Par fait secret de sa nature, il faut entendre celui dont la révélation peut porter un préjudice matériel ou moral au malade ou à sa mémoire. Tout autre fait peut être révélé par le médecin sans entraîner la violation de l'art. 378 du Code pénal*. (Cas. civ., 13 juillet 1936).

A cet arrêt, bon nombre de médecins reprochèrent de permettre la révélation implicite du secret. Ils refusèrent d'y conformer leur attitude. Comment alors concilier les exigences de la médecine sociale, pour laquelle le contrôle est chose essentielle, et l'obligation du secret absolu ? La question était insoluble, puisque chacun restait sur ses positions. Les cas de conflit se multiplièrent. Qui en faisait le plus souvent les frais ? Les assurés sociaux.

Nouvelles données

La loi du 29 mai 1941, qui a confié à des arrêtés ministériels la tâche d'organiser le contrôle médical des soins, a transformé *entièrement la nature de ce contrôle en l'étendant à la valeur et à l'opportunité des soins, et non plus seulement à leur étendue et à leur durée*. Du *simple contrôle* prévu par l'art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935, et par l'art. 15 du R. A. P. cité plus haut, la loi, consacrant l'évolution qui s'était dessinée dans la pratique, élevait le médecin des Caisses vers la collaboration avec les médecins traitants : la consultation, le *conseil*.

L'arrêté du 16 novembre 1942 parfit cette réforme en organisant le statut, non plus du médecin-contrôleur, mais du *médecin-conseil de Caisses*, changement de terminologie tout à fait significatif. Le médecin-conseil est devenu un semi-fonctionnaire qui, tout en restant un salarié de la Caisse, a notablement gagné en indépendance, au moins technique, vis-à-vis de l'établissement employeur. L'art. 5 de l'arrêté met l'accent sur cette indépendance nouvelle en disposant que « *les médecins-conseils sont, sauf dérogations prévues par la loi, tenus au secret professionnel, notamment à l'égard de l'organisme d'assurances sociales auprès duquel ils exercent leur activité* ». Cette disposition n'a de valeur que comme confirmation, dans le domaine du contrôle des Assurances sociales, de la règle générale posée par l'art. 378 du Code pénal, règle qu'une certaine jurisprudence et le règlement intérieur-type avaient jusqu'à présent écartée en cette matière en raison de la qualité de *mandataire* du médecin-contrôleur vis-à-vis de sa Caisse.

Le *médecin-conseil étant maintenant lui aussi expressément tenu au secret, le médecin traitant est-il du même coup délié à son égard de l'obligation au secret* ? Non, pas nécessairement. La divulgation du secret professionnel à une personne elle-même tenue au secret n'est licite que si la discrétion imposée aux deux interlocuteurs relève de la même discipline ; en d'autres termes si les deux partenaires agissent de concert et en vue de la même fin. Un médecin par exemple révélant un fait secret à un avocat dans un but autre que la défense d'un client commun, violerait l'art. 378 du Code pénal.

Par contre, il ne peut y avoir secret entre médecin traitant et médecin consultant, non plus qu'entre





médecin traitant et médecin du service hospitalier auquel est adressé un malade. Or, depuis la loi du 29 mai 1941 et l'arrêté du 16 novembre 1942, le médecin-conseil peut être considéré comme consultant en matière d'Assurances sociales et comme participant au traitement par ses conseils ou ses critiques. *Il peut donc être considéré comme lié par le même secret que le médecin traitant. A lui, par conséquent, la révélation peut être faite.*

Est-ce à dire que le médecin traitant soit *tenu* à cette révélation ? Nous ne le pensons pas, bien que l'art. 15, parag. 1 du R. A. P. du 19 mars 1936 doive être considéré comme abrogé implicitement par la loi du 29 mai 1941, car *le médecin traitant n'a aucun lien de droit vis-à-vis de la Caisse ou du contrôleur* dont dépendent seuls ses clients. Mais en fait, lesdits clients ne peuvent toucher le remboursement des prestations que s'ils ont satisfait aux formalités de contrôle. Leur intervention pèsera toujours d'un poids très lourd sur le comportement du médecin traitant. Sous quel prétexte celui-ci pourrait-il maintenant se soustraire à la révélation directe ou indirecte du diagnostic, surtout lorsqu'il n'y a pas secret au sens de la jurisprudence de la Cour de cassation ?

Suggestions

La thèse que nous venons de développer n'est pas fermement exprimée dans les textes, mais elle nous paraît conforme à leur esprit et à l'évolution de la médecine sociale. Sans doute le médecin-conseil des Assurances sociales aura-t-il difficilement le niveau scientifique suffisant pour lui permettre de jouer au point de vue médical pur, le rôle de consultant; mais il sera souvent à même de suggérer au praticien certains modes de traitement, utiles au point de vue social et ménagers des deniers de la collectivité et de l'assuré. Il apparaîtra donc comme une sorte de « *conseiller de médecine sociale* », exerçant une spécialité médicale, nécessaire aux côtés de la médecine traditionnelle. Avec ce spécialiste, il pourra être utile au médecin traitant de collaborer.

L'intimité et la fécondité de cette collaboration dépendront en grande partie du médecin-conseil lui-même. Il devra faire la preuve, par l'organisation de son service et par son indépendance effective vis-à-vis de la Caisse, que le secret à lui confié n'est pas destiné à être celui de Polichinelle. Des incidents comme celui que nous allons résumer ne justifient que trop, de la part des médecins traitants, une réserve méfiante. Le Docteur X. diagnostique chez Mme Y., femme de prisonnier, une grossesse extra utérine fissurée. L'intervention est décidée. La malade demande le secret le plus absolu vis-à-vis de sa famille, dans le sein de laquelle elle vit. Le diagnostic officiel est donc : torsion de kyste de l'ovaire. Pour le remboursement des prestations, le médecin-contrôleur demande des explications au médecin traitant, lequel refuse de révéler le diagnostic en ajoutant, imprudemment peut-être, que la malade lui avait interdit de le divulguer. Quelques jours après, cette lettre, adressée personnellement au médecin-contrôleur, était communiquée à la sœur de l'assurée par un quelconque employé des guichets... On devine le drame qui suivit.

D'autre part, le médecin-conseil ne devra pas accomplir sa tâche uniquement à l'aide de demandes d'explications écrites, sans jamais voir sur place malade et médecin. Que dirait-on d'un médecin consultant qui donnerait ses consultations par correspondance sur rapport écrit du médecin traitant, et sans examiner le client ? Or, trop de médecins-conseils ont comme seule méthode de travail la paperasserie. Nous savons que les difficultés actuelles de déplacement s'opposent à un exercice normal du contrôle, mais elles ne seront pas éternelles. Les médecins traitants n'ont pas à aider les médecins-conseils à refuser systématiquement de contrôler sur place, non plus qu'à demander des renseignements dont la futilité est certaine. Exemple : le questionnaire automatiquement adressé à tel médecin d'un hôpital psychiatrique, pour tout ressortissant de la Caisse traité dans l'établissement ; questionnaire qui tend à connaître le diagnostic de l'affection mentale ayant motivé l'internement. Il faut bien admettre pourtant qu'on ne se prête pas à un internement dans le simple but de toucher des prestations des Caisses.

Conclusions

Faut-il donc continuer à inciter médecins-traitants ou spécialistes à conserver vis-à-vis des médecins-conseils l'attitude rigide et sans nuance que les textes imposaient jusqu'à présent, tout au moins en ce qui concerne les faits secrets ? Faut-il approuver la doctrine du Conseil National, tout récemment exposée dans un rapport qui a fait du bruit, et dont la substance est que « le médecin traitant est toujours tenu au secret professionnel vis-à-vis du médecin-contrôleur » ?

Nous ne le croyons pas, car de telles méthodes, ne tenant pas compte des nécessités sociales et des modifications de textes survenues, ne manqueraient pas d'aggraver un malaise qui ne risque que trop d'être fatal au Corps médical. Nous préférons dire en conclusion que le médecin traitant *pourra* révéler sans crainte au médecin-conseil tous les *faits non secrets* relatifs à son malade. Lorsqu'il s'agira de *faits secrets*, la révélation *pourra* avoir lieu directement ou indirectement, dès lors que le médecin estimera qu'elle est conforme aux intérêts bien entendus de son client.

Sans en avoir l'obligation, le médecin traitant collaborera ainsi utilement au fonctionnement du véritable service public que constituent les Assurances sociales. Il se conformera à l'esprit des lois sociales, récemment dégagé par un arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 6 juillet 1942, qui rappelait aux médecins « que *s'ils sont librement choisis par les assurés sociaux, ils ne peuvent néanmoins les soigner qu'en se soumettant à des prescriptions légales et réglementaires qui en font les collaborateurs à la fois des Caisses et de l'Administration publique des Assurances sociales* ». C'est, en termes juridiques, reconnaître quelle semble être de plus en plus la portée exacte de l'acte médical. Si la médecine traditionnelle devait stérilement s'opposer à cette évolution qui est écrite dans les faits et dans les textes, il serait à craindre qu'elle ne fût exposée à être, tôt ou tard, irrémédiablement brisée.

P. Douriez.

LA NOMENCLATURE DEVANT LE CONSEIL NATIONAL

Par le Docteur Fernand Decourt

Le samedi 11 décembre, le Conseil National de l'Ordre a examiné les travaux de la Commission de Révision de la Nomenclature, travaux que je présentais à titre de Rapporteur général de ladite Commission. Pour fixer les idées, je rappelle ici la *Dernière Heure* que j'avais placée à la fin de mon article du *Concours médical* du 21 décembre.

« *Ma confiance dans le Conseil National n'était pas justifiée. Alors que les travaux de la Commission de Révision de la Nomenclature étaient terminés, il vient de les « torpiller » en décidant : 1° la suppression des*

(E) = entente préalable et leur remplacement partout par des (B) = simple Bulletin d'information ; 2° la décomposition du K global en divers éléments ; 3° le doublement du coefficient de la consultation du spécialiste par rapport à l'omnipraticien. Dans ces conditions, j'ai abandonné mes fonctions de Rapporteur général. Le Docteur Oberlin *a accepté de recoller les morceaux. Nous en reparlerons dans le prochain* « Concours ».

Ceci dit, examinons successivement, les trois points signalés ci-dessus :

1° Suppression des (E). — A ce sujet, j'avais préparé, d'accord avec certains rapports particuliers, une liste de suppression des (E) (demande d'entente préalable) avec remplacement par des (B) (simple Bulletin d'information). C'est ainsi que le 11 décembre, en ophtalmologie, je proposai et fis voter, entre autres, cette suppression pour la cataracte. De même en O. R. L. où je fis voter entre autres, cette suppression pour les ablations d'amygdales. Je déclarai même — de mon propre chef — que cette suppression s'imposait, sans quoi, il pourrait y avoir des *abus* de la part de certaines Caisses. Celles-ci gêneraient l'action du spécialiste dans son Cabinet pour faire opérer les amygdales dans les hôpitaux, dispensaires, etc., ainsi qu'elles y ont tendance depuis toujours...

Il me restait encore sur ma liste des suppressions à demander, entre autres en radiologie, quand soudain un des membres du Conseil National proposa de supprimer tous les (E) de la Nomenclature et de les remplacer partout par des (B), ce qui fut aussitôt voté. Le reste de mes propositions devenait inutile... Evidemment, en théorie, c'est parfait ! Et j'applaudirais si le médecin était le *seul* intéressé en l'occurence. Seulement, il n'est pas le seul, voilà « le hic » !... Ces « ententes préalables » furent instituées depuis de longues années (notamment en matière d'accidents du travail) simplement afin d'éviter certains *abus* qui se sont manifestés, à l'usage, de façon indéniable. Croit-on que les autorités qualifiées, d'une part, et que les Caisses, d'autre part, vont accepter de gaîté de cœur la suppression de ce *frein* jugé par elles indispensable en matière de médecine sociale ?... Qu'il me soit permis d'en douter. Et alors « coup d'épée dans l'eau », ce qui est toujours regrettable et un tantinet ridicule. Je n'insiste pas.

2° Décomposition du K global. — Il fut d'abord question, en séance, de supprimer l'*acte global* et de revenir à l'*acte isolé*, comme dans la Nomenclature « mort-née ». Mais, devant les multiples complications de celle-ci, facilitant la « Note du plombier », ce que chacun reconnut (même les plus « anti-globaux »), on en arriva, après de véhémentes discussions, à un moyen terme. Ce serait de conserver l'acte global, mais en le décomposant : on mettrait pour l'opérateur un grand K, puis un petit pour les aides, un autre pour l'anesthésiste, un autre pour les soins consécutifs. On disposerait ainsi ces petits k, k... : $K\ global = Kx + ka + kb + kc$... C'est du moins ce qui fut décidé. Nous verrons ce que la future « Commission des Cinq » (dont nous parlons plus loin) en fera, en pratique. Mais cela me paraît furieusement ressembler au H + AC + X + Y + Z + D (ces « débours » que j'oubliais), de la défunte Nomenclature.

3° Le doublement du coefficient de la consultation pour le spécialiste par rapport a l'omnipraticien. — Ce fut la confirmation de la proposition de la Commission de Révision, dont j'avais fait appel devant le Conseil National lui-même. A ce sujet, dans les « Conclusions » de mon rapport général (lesquelles seront publiées en entier de façon ou d'autre, ultérieurement), j'avais mis un chapitre particulier que je désire placer sous les yeux de nos confrères du *Concours* et qui attaquait une motion, votée en Commission, qui me parut « scandaleuse », c'est le mot (je la mets ci-dessous en caractères gras).

« ... *Parmi les travaux de la Commission, il est un seul point sur lequel je ne saurais approuver sa décision. C'est en ce qui concerne le* coefficient de consultation *pour les omnipraticiens et pour les spécialistes. Il fut fixé respectivement à C1 et C2.*

Dans l'avant-projet personnel que le 7 août dernier j'avais eu l'honneur de soumettre à chacun des membres du Conseil National, j'avais proposé C.1 pour les omnipraticiens et C.1,4 pour les spécialistes. Cette différence de coefficient s'explique uniquement par le fait que le spécialiste a choisi un exercice *restreint* de l'art médical, ce qui rend sa clientèle moins extensible. D'où une légère majoration *compensatrice*, semblable à celle inscrite dans les accidents du travail. Mais de là à doubler la hauteur du coefficient, il y a un abîme... L'omnipraticien ferait alors figure de médecin de seconde zone, de « demi valeur », comme autrefois les officiers de santé par rapport aux docteurs en médecine. Pourtant, ainsi que je le déclarai au cours de la discussion, il apparaît plus difficile de faire un excellent omnipraticien qu'un excellent spécialiste. J'ajoute que cette opinion fut approuvée par plusieurs spécialistes de la Commission.

Il y a là une question de *principe* assez grave. Elle fut tranchée par la Commission en deux votes successifs. Le premier consiste en la motion préalable suivante : « **Deux actes identiques effectués l'un par un praticien, l'autre par un spécilisite qualifié, peuvent être affectés de coefficients différents** ». Puis les coefficients C.1 et C.2 furent votés, comme je le rapporte ci-dessus.

Or, depuis cette séance, je me suis aperçu qu'il y avait à ce double vote un *précédent*, assez récent d'ailleurs, que loyalement je dois rapporter ici. C'est celui du nouveau Tarif des Pensionnés de guerre (arrêté ministériel du 17 juin 1943). On peut lire au Titre Ier : « Consultation des médecins praticiens et chirurgiens dentistes : 25 francs. Visite : 30 francs », puis, quelques lignes plus loin : « Consultation par spécialiste qualifié : 50 francs. Visite : 60 francs. » Il y a là, dans ces dispositions, une conception nouvelle de l'exercice de la médecine contre laquelle il convient de protester.

Qu'un ministre, d'après l'avis de certains conseillers, ait décrété ces nouveaux errements, c'est pour moi une erreur et une injustice. Voilà bien « la demi-valeur » des soins de l'omnipraticien dont je parlais ci-dessus. Mais si le Conseil national, émanation des suffrages du Corps médical français, acceptait officiellement ces nouveaux errements, à mes yeux ce serait une faute... ».

* * *

Or, cette faute a été commise le 11 décembre et cela sciemment, volontairement. *Chacun* des membres du Conseil national avait reçu, en effet, huit jours à l'avance, mes *Conclusions* de rapporteur général, comprenant le passage qu'on vient de lire. Oui, il y eut faute, et je n'hésite pas à écrire même faute lourde... aggravée par les autres votes que je viens de signaler. On ne s'étonnera donc pas que j'aie cru devoir donner ma démission de Rapporteur général. On nomma, à la suite, une *Commission de cinq membres* présidée par le Docteur Oberlin qui me demanda aussitôt, ainsi que le Président Portes, de

faire tout au moins partie de cette Commission chargée d'en terminer avec cette question de la Nomenclature. Ayant depuis quatre mois travaillé avec ténacité, avec acharnement, à cette Nomenclature, j'acceptai... On va voir pourquoi, dans la lettre que j'adressai officiellement le lendemain au Président PORTES, et dont voici la teneur :

Monsieur le Président, Après les décisions prises hier par le Conseil National, j'ai le regret de vous confirmer ma démission de Rapporteur général de la Commission de révision de la Nomenclature.

Néanmoins, suivant le désir que vous avez bien voulu m'exprimer, je vous confirme également mon acceptation de faire partie de la nouvelle « Commission restreinte » nommée hier, sous la direction du docteur OBERLIN *qui me remplacera aisément. On ne doit avoir en vue que l'intérêt général du Corps médical. C'est pourquoi, je ferai partie de cette Commission de cinq membres, dans l'intention expresse de m'efforcer, dans la mesure où je le pourrai, de « limiter les dégâts ».*

Je vous prie d'agréer...

***

Tels sont les faits. Toutefois je ne voudrais pas qu'on pût croire à la moindre animosité de ma part envers les médecins spécialistes. J'ai, parmi eux, de nombreux amis dont quelques-uns, chose intéressante, ont bien voulu m'assurer qu'ils approuvaient entièrement mon attitude.

C'est que je ne lutte nullement contre « les médecins spécialistes », mais bien *contre cette inflation de la valeur technique du spécialiste* dont nous sommes témoins.

Cette inflation a commencé avec l'ancien Conseil Supérieur et la Nomenclature mort-née. Elle continue avec le Conseil National et la Nomenclature future, telle que la voudrait celui-ci. Dans les deux Conseils successifs, on a pu noter une très forte majorité de spécialistes, peut-être en est-ce la cause ?. je ne sais.

En tous cas, il m'apparaît qu'il est grandement temps d'y mettre un terme, si on ne veut pas que se creuse un fossé dans le Corps médical entre praticien et spécialiste, alors qu'est nécessaire, indispensable, à tous égards, une harmonieuse unité dans notre grande famille médicale française.

Dr Fernand DECOURT.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

COMMUNAUTÉ... OU LIEUX COMMUNS ? — UNE CONFÉRENCE AU COLLÈGE DE LA SEINE. — OÙ LA DÉONTOLOGIE DEVIENT UN RÈGLEMENT. — UN CAS DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE. — UN NOUVEAU DÉLIT D'EXERCICE ILLÉGAL.

A l'ancien Conseil supérieur, à son action chaotique, on a bien souvent reproché, et fort justement, d'avoir manqué d'une doctrine. Soucieux d'éviter ce reproche, le Conseil National a récemment confié à une Commission propre le soin de forger la sienne.

En ces temps d'incertitude et de désorientement, nous attendions avec une particulière curiosité cette nouvelle expression de la pensée médicale corporative. Peut être cette attente et ce désir curieux sont-ils la cause de notre déception, mais nous ne devons pas la cacher plus longtemps.

Le fruit longuement mûri des travaux de la Commission, approuvé par le Conseil National à l'unanimité... des membres de sa majorité, n'est certes point capable de susciter l'inquiétude qui s'était emparée de nous alors que les plus hautes autorités corporatives, condamnant la médecine actuelle qualifiée d' « horizontale », se ralliaient à d'ambitieux projets de « médecine verticale ».

Mais notre appétit de renouveau ne saurait se satisfaire d'idées aussi « usagées » que le colloque singulier. Et si la médecine doit conserver une charte, peut-être ne serait-il pas mauvais d'en repenser les principes en fonction des nouvelles données sociales.

Qu'on ne nous fasse point dire que nous abandonnons d'un cœur léger les libertés nécessaires de la médecine ; nous croyons les défendre ici tout autant sinon plus que quiconque. Mais il faut convenir, excusons-nous du truisme, que la personne humaine (notion dont on use d'autant plus volontiers que l'on a moins pris le soin de la définir) ne se développe et ne connaît généralement sa vraie liberté qu'avec l'aide de la communauté. En sorte que la médecine doit être *à la fois* personnelle et sociale, et cette affirmation ne choquera que ceux qui confondent contradiction et complémentarité.

Ignorer en cette fin d'année 1943 la gigantesque mûe de notre civilisation qui s'élabore dans la guerre, se figer sur des positions déjà dépassées en 1939, confondre l'idée corporative avec la transposition sur le plan professionnel de l'égotisme justement condamné sur le plan individuel, seraient pour les dirigeants d'une Corporation la mener en toute sûreté, à une démission progressive provoquant l'impuissance et justifiant la mise en tutelle.

Et l'on se prend à penser au long de ces pages où reviennent fréquemment « les économiquement faibles » que ce n'est point dans le domaine économique qu'un pays aspirant à renaître doit le plus redouter l'indigence ou la faiblesse.

***

Le dimanche 19 décembre dernier, le Conseil de la Seine avait convoqué son Collège pour lui rendre compte de son action. Cette heureuse et rare initiation avait attiré près de 200 confrères grelottants avides d'écouter la bonne parole corporative.

Le Secrétaire exposa en détail l'indéniable activité déployée par le Conseil pour venir en aide aux médecins sur le plan matériel, où ils se heurtent quotidiennement à d'innombrables difficultés. Successivement furent passées en revue les grandes questions de l'heure : S. P., essence, S.L.O.T.A., Carte T (dont l'attribution aux médecins astreints à des conditions de transport particulièrement difficiles serait décidée); questions fiscales, carnet de timbres-certificats (l'apposition du timbre dispensant, par accord avec la Préfecture, de la légalisation de signature), rapports avec la K.V.D. (un contentieux se chargeant de toutes les formalités administratives pour le compte du Conseil et accélérant ainsi les paiements).

L'effort est incontestable, et mérite qu'on rende hommage à ses auteurs. On nous permettra cependant de regretter qu'à part quelques considérations à bâtons rompus du Docteur BARTHE sur la médecine du travail, on ait délibérément laissé de côté ce qui a trait aux intérêts moraux de la médecine et à son évolution sociale. Le médecin, s'il craint les nuageux idéalismes, n'aime pas non plus regarder uniquement le bout de ses chaussures.

On espéra un moment que le débat allait s'élever lorsque prit la parole le Professeur BALTHAZARD. Hélas, il n'en fut rien. Ce n'est point que son exposé ait manqué d'intérêt, mais il fut goûté surtout de ceux qui aiment à connaître les dessous de la politi-

que corporative au sein du Conseil National. Reprochant aux uns d'être trop doctrinaires, aux autres d'avoir plus d'ambitions que de moyens, faisant part de ses craintes sur l'échec probable du projet de retraite et sur les dangers financiers d'une Caisse autonome gérée par des médecins, le Professeur Batlhazard rendit ainsi publiques les raisons motivant sa récente démission du Conseil National.

Bien des arguments, topiques en eux-mêmes, eussent gagné peut-être à n'être point exposés ainsi en place publique par une bouche habituée à faire autorité, alors que toute réponse était impossible. L'on vit du reste aux mouvements divers de l'assistance que ces propos portaient atteinte en réalité au crédit moral de l'Ordre tout entier.

***

Le Conseil National travaille. Il vient de terminer — avec quelque retard — ce que certains ont appelé ses devoirs de vacances en présentant un projet de retraite (nous avons déjà dit ce que nous en pensions) et en procédant à la révision du Code de déontologie.

Il faut dire que ce monument périssable de son prédécesseur avait besoin non pas seulement de quelques retouches mais bien d'une réfection complète. La jurisprudence du Conseil d'Etat n'avait point en effet été plus tendre pour lui que ses divers commentateurs.

Le texte actuel échafaudé par la Commission compétente du Conseil National sera soumis préventivement cette fois à l'examen du Conseil d'Etat.

Un contrôle de cet ordre est certes fort utile en ce qu'il évitera aux justiciables de subir durant de longs mois et jusqu'à leur annulation les conséquences dommageables des excès de pouvoir corporatifs

Mais il s'agit en l'espèce de toute autre chose que de cela. Selon en effet l'art. 18 de la loi du 10 septembre 1942, « les règles d'exercice de la profession médicale seront fixées, *après consultation du Conseil National de l'Ordre*, par un règlement d'administration publique qui prendra le nom de Code de déontologie ». Autrement dit, l'auteur du Code ce n'est point l'Ordre des médecins, réduit au rôle de conseiller, mais bien le Conseil d'Etat auquel de par son nom eut dû cependant revenir ce rôle.

Ce renversement de fonction est en soi très significatif. L'exercice de la médecine est réglementé, non par la profession, mais bien par l'Administration publique. N'est-ce point à peu de chose près la définition du fonctionnaire ? Nous proposons donc que le Code ne parle plus de médecins, mais bien d'« officiers de santé », et même, pour suivre les tendances militaires de notre hygiène publique, qui veut confier aux médecins méfiants des fonctions d'autorité, « officiers de police et de santé ». Quant aux « aspirants » de la médecine, ils étudieront dans les Ecoles le sacro-saint Règlement dont les divers titres comporteront tout le savoir, depuis le service en ville jusqu'au service en campagne.

***

A deux jeunes enfants atteints de bronchite, un médecin prescrit des suppositoires créosotés. Le soir, comme le médecin vient de rentrer chez lui épuisé par une longue tournée à vélo-moteur sur des routes gelées, on vient le chercher pour un des enfants qui a présenté un malaise. Ni l'état du malade au moment de sa visite, ni la prescription qu'il a faite ne peuvent lui inspirer d'appréhension, il est éreinté et en fin de mois, le réservoir d'essence est presque à sec : il fait répondre qu'il verra l'enfant le lendemain à la première heure et le messager acquiesce. Lorsqu'il arrive, le matin, non pas un, mais les deux enfants

sont morts. Les suppositoires sont manifestement en cause sans pourtant que les doses normales aient été dépassées.

Notre confrère vient d'être condamné à une amende et des dommages-intérêts pour sa prescription d'abord, pour n'avoir pas répondu aussitôt à la demande de visite ensuite.

Appel est interjeté contre ce jugement inique et nous reviendrons sur l'affaire dans laquelle le « Sou médical » a tenu à apporter son aide au confrère. Les magistrats se rendent-ils compte qu'à frapper les médecins de façon aussi systématique et impitoyable, ils vont rendre l'exercice de la médecine impossible ?

***

L'*Officiel* vient de faire paraître une loi n° 484 modifiant la définition du délit d'exercice illégal de la médecine, ou plutôt complétant l'art. 16, alinéa 1er de la loi du 30 novembre 1892. Dorénavant, exerce illégalement la médecine toute personne non en règle avec les lois sur l'exercice de la profession médicale (c'est-à-dire non diplômé, étranger, ou non inscrit au Tableau de l'Ordre) qui intervient de manière habituelle et suivie dans le traitement des maladies *ou qui pratique l'un des actes professionnels prévus dans dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du Secrétariat d'Etat à la Santé.*

L'extension de la notion d'exercice illégal aux personnes diplômées, mais non en règle avec la loi sur les médecins étrangers ou sur l'Ordre constitue une mesure en soi claire et qui s'imposait.

Par contre, la dernière partie du nouvel article 16 est plus obscure. De quels actes et de quelle nomenclature s'agit-il ? Précisons tout de suite, afin d'éviter des confusions, qu'il ne s'agit en aucune manière de la nomenclature des actes professionnels en voie d'élaboration actuellement en matière d'Assurances sociales.

A bonne source il nous a été indiqué que ce texte répondait il y a près d'un an à des préoccupations d'actualité : dans toutes les pharmacies et, qui mieux est, sur les foires et marchés, fleurissait la mode de « la prise de tension artérielle ». Cet acte, inoffensif en lui-même, pouvait l'être par les commentaires, diagnostic ou pronostic qui l'accompagnaient. Et l'on était juridiquement désarmé. Le texte en question a pour but de remédier à de telles carences. Il reste à déterminer, pour que ce texte ait un effet pratique, la nomenclature de ces actes médicaux dont il faut réserver le monopole aux médecins. Gageons, malheureusement, qu'il faudra pour cela encore quelques années ?

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

4703. — Délivrance artificielle

Voulez-vous permettre à l'un des abonnés de votre excellent journal, de poser une question relative aux honoraires à demander à un assuré social pour l'acte suivant :

Délivrance artificielle faite avec un col contracté et un utérus contracturé, enchatonnement. En plus une visite faite tous les jours pendant dix jours consécutifs en raison de la surveillance minutieuse à exercer sur une intervention faite dans de mauvaises conditions d'asepsie.

J'oubliais de dire : délivrance artificielle, sur appel de la sage-femme décontenancée par l'hémorragie.

L'A. C. D. ne me paraît pas convenir puisque l'enfant était né avant mon arrivée.

Le P.C.6 me semble bien faible pour une intervention de cette importance *quoad vitam*.

Dr P.

Réponse

On lit dans le Tarif de réassurance des Caisses à propos des prestations de l'Assurance-maternité, *alinéa* 4, *que, en cas d'accouchement dystocique, les tarifs sont majorés comme suit : « ... accouchement avec délivrance artificielle* 200 *francs, dans les villes d'au moins* 200.000 *habitants et* 150 *francs dans celles au-dessous. Il s'ensuit que c'est, dans votre cas,* 150 *francs qui sont alloués (en plus de l'accouchement ordinaire) pour une délivrance artificielle. C'est là la somme remboursable à l'assurée sans ticket modérateur, puisqu'il s'agit d'assurance-maternité, donc en supplément* du forfait *pour soins donnés par le médecin ou sage-femme, y compris les frais pharmaceutiques.*

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

2873. — Causes et remèdes d'une consommation exagérée d'huile

J'ai grillé mon moteur Simca V. Mon garagiste m'a trouvé un bloc neuf, mais non d'origine, et l'a équipé avec pistons, bielles, neufs. Mais... elle consomme un litre d'huile aux 200 kilomètres, ce qui est prohibitif par le temps actuel.

Quelle peut être la cause de cette consommation exagérée ?

Y a-t-il un remède et lequel ? Dr C.

Réponse

La consommation d'huile exagérée que vous constatez dans le fonctionnement de votre moteur provient du mauvais ajustement entre pistons et cylindres. Il ne m'est naturellement pas possible de discerner à distance les causes de ce mauvais ajustage : je vous énumère celles qui sont les plus probables.

Alésage défectueux des cylindres. — L'intérieur des cylindres peut être ovale. La surface peut être conique au lieu d'être cylindrique. L'axe géométrique d'un cylindre déterminé en partant de l'alésage peut ne pas être rectiligne.

Les pistons peuvent être trop petits ou insuffisamment rodés. Les segments peuvent ne pas être parfaitement circulaires quand ils sont montés dans les pistons. La bande des segments peut être insuffisante. Les segments racleurs peuvent être eux-mêmes insuffisants parce que mal montés, ne remplissant pas bien leurs gorges ou bien parce que les trous d'évacuation d'huile du segment racleur à travers le piston sont insuffisants, en nombre ou en dimension.

Si l'alésage des cylindres est incorrect, il n'y a d'autre procédé que de le faire refaire. Si l'alésage est correct, revoir l'ajustage des pistons et surtout l'ajustage des segments. Remplacer les segments existants par des segments possédant une bande plus forte, mettre des segments racleurs spéciaux comme les segments triples Boltée ou les segments Steelcraft ou analogues.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

La Répartition de l'Insuline

Le dernier article du *Concours* sur le diabète en 1943 était d'une actualité que j'ai pu apprécier à sa

juste valeur, ayant plusieurs diabétiques en traitement et justiciables de l'insuline. Mais n'y a-t-il rien à redire du fonctionnement des Centres de distribution ? On exige depuis quelques mois d'avoir des réactions de Legal et de Gehrard positives pour continuer à honorer les cartes d'insuline et malgré cette aggravation de la situation du malade, les quantités de médicaments diminuent par exemple de 1.200 à 600 unités par mois ! Que pensez-vous qu'il puisse se passer ? C'est que tout va de mal en pire, particulièrement lorsque l'allocation est subitement fournie « en raison de l'état des stocks », en Ins-Protamine-Zinc. Chez un de mes malades, le coma s'est installé. Nous avons télégraphié au Centre Saint-Antoine (avec réponse payée) pour signaler l'urgence d'une délivrance de bon supplémentaire (nous sommes en pleine campagne et je suis pro-pharmacien ne pouvant utiliser que les distributeurs agréés) et avons finalement reçu 200 *unités-papier* huit jours après. Le client était enterré depuis longtemps.

Je ne méconnais pas les difficultés du Centre de Saint-Antoine, mais je crois pouvoir conclure à son inutilité, d'autant plus que, l'affaire ayant fait du bruit dans notre Landerneau, on est venu m'offrir depuis de l'Insuline — de marché parallèle — et récente !

Plus franche et mille fois plus juste est l'attitude de l'Institut Pasteur à propos du sérum de Pettit, ainsi qu'en témoigne la carte ci-jointe et que je vous prie instamment de me renvoyer. C'est net ; plus de singe, plus de sérum. Il n'est heureusement plus question d'un souci communautaire qui eut réparti les quelques ampoules contingentes en milliers de petits flacons contenant chacun une ou deux gouttes du produit.

Mais savez-vous si les techniciens de la santé ont réagi, au Ministère ? Voilà qui serait intéressant à connaître.

Dr G.

Réponse

Nous avons soumis cette lettre à l'une des personnalités les plns qualifiées en la matière qui a bien voulu nous répondre de la manière suivante :

« *En ce qui concerne la production, celle-ci a eu particulièrement à souffrir de la diminulion considérable des abattages dans les grands centres, et nolamment à Paris. L'insuline ne peut être extraite que de pancréas qui ont pu être placés dans des frigorifiques à très basse température (— 15°) dans l'heure qui suit l'abattage. Lorsqu'il s'agit de récoller ces glandes dans de petits centres, le problème est évidemment beaucoup plus complexe que lorsque les Laboratoires pouvaient disposer des organes collectés dans les abattoirs parisiens. Nous avons donc eu à vaincre toutes les difficultés que comportait cette situation, considérablement aggravée depuis le début de cette année.*

La Société « Biofrigo » réalise la construction d'appareils répondant à cette préoccupation et en assure la mise en place progressive dans les petits centres d'abattage provinciaux. Son activité comporta en outre l'aménagement du transport de ces pancréas.

« *Dans ces conditions, la tâche du Comité National de l'insuline consiste notamment à fixer mois par mois les contingents d'insuline qui peuvent être mis à la disposition des centres répartiteurs en fonction des disponibilités. Les disponibilités des centres répartiteurs ne peuvent donc s'accroître que dans la mesure où les disponibilités augmentent. Nous espérons que les efforts accomplis pour améliorer la collecte dans les conditions indiquées ci-dessus, ainsi que pour parfaire cette production, par quelques importations d'ailleurs très problématiques, parviendront à redresser quelque*

peu la situation dans l'avenir. Pour l'instant, il faut donc essayer de s'accommoder des quantités qui peuvent être mises à la disposition du marché.

« Pour répartir ces quantités en immobilisant le moins possible ces disponibilités restreintes, nous faisons acheminer chaque mois la totalité de la production che z tous les grossistes répartiteurs dont le nombre est de 98, et qui sont les centres d'approvisionnement normaux et habituels de tous les pharmaciens d'officine et pro-pharmaciens. Chacun de ces derniers, lorsqu'un bon d'attribution lui parvient, peut donc obtenir par retour du courrier, l'insuline correspondante à son bon chez le grossiste répartiteur le plus proche de sa résidence. Ces dispositions ne visent bien entendu que l'approvisionnement des malades inscrits dans les centres répartiteurs pour un traitement régulier. L'amenuisement des disponibilités ne permettait pas d'immobiliser de l'insuline en dépôt chez la totalité des quelques 15.000 pharmaciens et pro-pharmaciens de France, mais augmentait par contre les risques d'accidents (d'ailleurs assez rares d'après nos informations).

« Pour permettre les soins d'urgence en cas de coma diabétique, des stocks de sécurité ont été constitués par les Directions régionales d e la Santé sur tous les points du territoire où ils permettent un approvisionnement d'urgence aux malades dont le pharmacien se trouve quelque peu éloigné du grossiste répartiteur. Nous savons que les Directions régionales vont rappeler au Corps médical la liste de ces dépôts de sécurité pour leur région respective ».

○ ○

Demandes et Offres

Nº 1. — A vend. sphygmomanomètre du Dr L. Tixier, en bon état 500 fcs. S'adr. Mme Vve Noël à Gerbeviller (M.-et-M.).

Nº 2. — Echang. ou vendr. poste banlieue contre poste à Paris. Ecr. Journ. transm.

Nº 3. — A céd. très urg. cause départ. poste camp. méd. génér. et pro-pharm. Ecr. Mme Bergère, à La Ferté-St-Cyr (Loir-et-Cher).

Nº 4. — Vve médec. vendr. très beaux meubles anc., bibelots, paravent. March. s'abst. Télép. pour rendez-vous Montmartre 95-69 de 9 h. à 11 h.

Nº 5. — Microsc. Stiassnie, monocul. 3 object., 3 ocul., platine réglable. Ecr. journ. transm.

Nº 6. — A céd. d'urg. apr. décès poste méd. génér. sous-préf. Sud-Est, appartem. médic. compr. 4 pièces meubl. Conviendr. à célib.

Nº 7. — Méd. célib, est demandé comme assist. dans établiss. Région Parisienne (nerveux). S'adr. au Présid. du Comité d'Organ. des Maisons de Santé privées, 66, rue de la Chaussée d'Antin, Paris.

Nº 8. — Client. à céd. envir. d'Angers. Activ. moy. Pêche, chasse, bateau, très joli paysage.

Nº 9. — Méd. actif 40 ans, au cour. de la client. 10 ans de prat. méd. cherche remplacement tte année, zone Sud seulement. Dr Sigal chez le Dr Thée à Annemasse, (Haute-Savoie).

Nº 10. — A vend. képi médec. capit. parf. état neuf. Ecr. journ. transm.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-1
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044



SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE | Nos 3 et 4 | MARDI 11 JANVIER 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Le N° 5 frs

R. C. Seine 76.579 | Dr J. NOIR, Directeur | C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Sou Médical.** — Nous rappelons aux adhérents du « Sou médical » que leur cotisation est venue à échéance le 31 décembre dernier. Les sociétaires qui ne l'auraient déjà fait sont priés d'envoyer dès à présent leur cotisation pour 1944 par chèque bancaire, mandat-poste ou virement à notre compte de chèques postaux, Paris 182-31. Nous rappelons que la cotisation pour 1944 a été fixée à 169 francs et qu'une prime supplémentaire de 85 francs est réclamée aux médecins désirant être couverts contre les risques résultant de l'emploi de la Rœntgenthérapie et de la Curiethérapie.

Dans le cas où les cotisations ne nous seraient pas parvenues avant le 1er février, leur montant en serait recouvré par voie postale, augmenté des frais : soit au total : 182 francs.

— **Réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine,** le dernier jeudi du mois, à 10 h. 30. — 27 janvier 1944. La polyglobulie : MM. Brumpt, Mouquin et Porcher. — 24 février. Traitement médico-chirurgical du cancer du poumon : MM. Jacob, Lemoine et R. Monod. — 30 mars. l'Oxycarbonémie : MM. Cottet, Loeper et Truffert. — 27 avril. Les spirochétoses nouvelles : MM. Decourt, Garcin et Mollaret. — 25 mai. Y a-t-il un traitement médicamenteux du cancer : MM. Arloing, Loeper et Poumeau-Delille.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. **120 fr.** | Etudiants..... **80 fr.**

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le 14 février 1944. Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 13 au 25 janvier.

— *Concours d'attaché d'électro-radiologie.* — Ce concours (pour huit places, au maximum, d'attachés d'électro-radiologie) s'ouvrira le 20 mars 1944. Inscriptions du 17 au 27 février à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

— *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 29 février 1944. Inscriptions 3, avenue Victoria, du 4 au 11 février 1944.

— *Concours d'assistant en chirurgie et de chirurgien des hôpitaux.* — Des concours pour la nomination à cinq places d'assistant en chirurgie et, à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris seront ouverts le 7 février 1944. Inscriptions jusqu'au 17 janvier 1944.

— **Enseignement préparatoire au diplôme de médecin-conseil des Assurances sociales.** — Une session d'enseignement obligatoire pour les candidats aux fonctions de médecin-conseil des Assurances sociales s'ouvrira au siège de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, 1, avenue de Tourville, Paris (VIIe), le 7 février 1944.

Cet enseignement, d'une durée de deux mois, comporte des conférences, des visites et des démonstrations dans différents organismes médico-sociaux. Il est suivi d'un stage de quatre mois dans les services des Caisses.

Les inscriptions sont gratuites. Elles sont reçues jusqu'au 31 janvier. Bourses d'études prévues. Epreuves de l'examen en août 1944.



— **Bourses familiales du Corps médical.** (Fondation du Docteur ROUSSEL). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs, mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur ROUSSEL, a tenu ses séances au cours du mois de décembre. Seize bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille.

58 demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

L'Association générale, sous la présidence du Professeur BAUDOUIN, a collaboré dans le jury d'attribution avec les représentants de l'Ordre national des médecins et les délégués de l'Association des médecins de la Seine (Docteur Gallois), de la Société des femmes et enfants de médecins (Mme Eveno) et de « Médecine et Famille » (Docteur Flamand). Elle était elle-même représentée par MM. Claisse, Touchard, Decourt, Le Lorier, Noir, Régis, Thibaudet et Vimont.

— **Ecole libre des sciences médicales** (Docteur Claoué, directeur). 58, rue Notre-Dame-des-Champs, — Le Docteur Ph. LEDOUX fera les 18 janvier, 1er et 22 février, et 21 mars, à 9 heures du soir, des conférences sur la syphilis héréditaire.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Marie-Christine LENFANT, fille du Docteur L.-J. Lenfant (Sevran, Seine-et-Oise, 22 novembre 1943); de Michel DASSONVILLE, fils du Docteur Dassonville (Albert, Somme) ; d'Etienne MEIRE, troisième enfant du Docteur Louis Meire (Celles-sur-Plaine, 16 décembre 1943).

Nécrologie. — Nous apprenons le décès, à l'âge de 17 ans, de Monsieur Claude PLÉ, fils de Monsieur Jacques PLÉ et petit-fils du docteur THÉPENIER, avec lesquels nous entretenons depuis de longues années les plus cordiales relations.

Aux parents et grands-parents frappés par cette épreuve, *Le Concours Médical* adresse ses bien sincères condoléances.

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de Coordination des Collèges départementaux de la région parisienne

COMITÉ DE COORDINATION

En marge de la Charte du travail

Nous relevons dans le *Bulletin officiel du Ministère du Travail*, une Circulaire (P. A. S. 43 du 28 août 1943) relative à la constitution des Sociétés de Secours mutuels poursuivant des buts d'entr'aide.

Dans cette circulaire le ministre du Travail, s'adressant aux Préfets, précise sous quelle forme juridique doivent se constituer les groupements qui se forment, notamment par suite de l'application de la Charte du Travail, en vue de pratiquer les buts d'entr'aide.

Après avoir indiqué que ces groupements doivent posséder en premier lieu, la personnalité civile, le ministre du Travail fait ressortir que la forme mutualiste est celle qui convient à ces groupements, puis il ajoute :

« Vous ne manquerez pas en outre, d'attirer l'attention des dirigeants de ces groupements sur l'intérêt que présente pour eux et d'un point de vue général, la constitution des Sociétés de Secours mutuels corporatives ou de sections corporatives de Sociétés de Secours mutuels existantes, en leur permettant de bénéficier de l'expérience acquise par la Mutualité des accords passés avec elle par le Corps médical,







ainsi que de nombreuses réalisations sociales mutualistes (Caisses chirurgicales mutualistes, cliniques, dispensaires, pharmacies, sanatoria, orphelinats, maison de retraite).

« Je me préoccupe, continue plus loin M. LAGARDELLE, d'apporter à la loi du 1er avril 1898, les modifications résultant de la loi du 4 octobre 1941, mais j'estime que dès maintenant et en attendant que soient précisées les modalités d'application de l'article 35 de la Charte du travail, il y a intérêt à ce que le Comité social d'entreprise soit représenté en fait dans le Conseil d'administration des diverses institutions sociales ayant une personnalité juridique propre.

Sur l'activité des Comités sociaux et des Comités d'organisation

Au sujet de la note ci-dessus, le Comité de Coordination vient d'adresser une lettre aux cinq Conseils des Collèges départementaux de la Région parisienne pour attirer leur attention sur l'activité de certains Comités sociaux et Comités de plus en plus nombreux, qui s'assimilant à des Sociétés de Secours mutuels, ont tendance, bien que ce ne soit pas légal, à diriger leurs affiliés, vers certains médecins, chirurgiens ou spécialistes, voire même vers certains dispensaires ou maisons de santé avec lesquels ils passent des contrats. Ces faits, contraires aux principes de la Charte médicale, ne peuvent manquer d'émouvoir le Corps médical. C'est pourquoi le Comité de Coordination prie les Conseils des Collèges départementaux de la Région parisienne, dans la lettre qu'il leur adresse, de bien vouloir faire une enquête à ce sujet dans leurs départements respectifs, afin que cette grave question puisse être étudiée en tout état de cause dans une prochaine réunion du Comité de Coordination.

A la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise

Pour l'année 1942, la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise a été créditée de 549 millions de francs. A cette somme, provenant des cotisations des assurés, il y a lieu d'ajouter 42 millions provenant des revenus des placements de la Caisse. Ce qui donne un total de recettes de 591 millions.

Pour la même année, les dépenses de risques ont été de 450 millions de francs.

En ce qui concerne le risque-maladie, qui est de beaucoup le plus important, les dépenses ont été de :

75 millions pour les frais médicaux,
10 millions pour les frais chirurgicaux et de spécialités,
13 millions pour les soins dentaires,
59 millions pour les frais pharmaceutiques,
57 millions pour les frais d'hospitalisation dans les maisons de santé, hôpitaux publics ou privés, sanatoriums, etc...,
136 millions pour les indemnités journalières (demi salaire).

Quant aux frais de gestion, ils se sont montés à 45 millions, non compris les frais de contrôle médical qui se sont élevés à 11 millions.

Le compte de profits et pertes de l'exercice 1942 s'est balancé par un solde bénéficiaire de 91 millions.

L'année 1942 a donc été largement excédentaire.

Il semble qu'il doive en être différemment pour l'année 1943, le chapitre recettes ayant certes augmenté, mais le chapitre dépenses s'étant accru dans de plus fortes proportions.

Tous les postes de dépenses seraient en effet en forte augmentation et plus particulièrement celui des indemnités journalières qui se serait accru de 134 % par rapport à l'année 1942. Comme les indemnités journalières constituent la plus grosse source de dépenses des Caisses, on conçoit l'appréhension des Administrateurs de la Caisse interdépartementale. Ceux-ci ont tendance, non sans raison semble-t-il, à rendre l'application de la Charte du travail responsable des abus au sujet des indemnités journalières. Ces abus, disent-ils, sont « d'autant plus faciles que les nombreuses Mutuelles créées en particulier par les Comités sociaux complètent intégralement le salaire en cas de maladie, supprimant ainsi tout ticket modérateur ».

A propos de l'application de la loi du 16 décembre 1942 sur la protection de la Maternité et de l'Enfance

Dans une circulaire datée du 2 août 1943, le Secrétaire d'État du Travail, précise à l'intention des Caisses des Assurances sociales, la façon dont les examens médicaux de femmes enceintes doivent être pratiqués, et la carte de grossesse utilisée en application de la loi du 16 décembre 1942, sur la protection de la maternité et de l'enfance.

S'il est souhaitable que la déclaration de grossesse soit faite dès les premiers mois, afin de procéder sur la future maman à des examens prénataux, il ne faut pas oublier que la loi du 6 janvier 1943 donne jusqu'à la fin du sixième mois pour faire cette déclaration. C'est pourquoi il ne peut être question de sanctions contre les assurées qui déclareraient tardivement leur état de grossesse, sanctions qui d'ailleurs, ne pouvant porter que sur la réduction ou la suppression de prestations, auraient bien des défauts. Il serait intéressant au contraire d'instituer des primes aux femmes qui auraient accompli les formalités auxquelles elles doivent se soumettre.

Quant aux visites prénatales, si les Caisses ont le droit d'en fixer le nombre et l'époque, les assurées, elles, ont le droit de choisir le praticien, médecin ou sage-femme qui procèdera à ces visites, à la seule condition qu'elles subissent un examen médical au cours de leur grossesse.

Pour ce qui concerne la carte de grossesse, le Secrétaire d'Etat au Travail, détermine avec précision dans cette circulaire, la façon dont elle doit être délivrée et utilisée, suivant l'époque de la grossesse, en tenant compte des examens prénataux subis par l'intéressée.

Le Secrétaire d'Etat au Travail rappelle enfin que la circulaire du Secrétaire d'Etat à la Santé du 7 mai 1943 a indiqué nettement que le premier examen doit être un examen médical général et qu'il doit avoir lieu dès le troisième mois.

Le Comité de Coordination croit devoir engager vivement le médecin à procéder dès le troisième mois à l'examen général prescrit par la circulaire du 7 mai 1943. On sait que l'examen général prévu par cette circulaire comporte un examen radiologique des poumons et une réaction de Bordet-Wassermann.

(*Communiqué*).

Conseil du Collège départemental de la Seine

Compte-rendu de la deuxième Réunion des délégués du 19 décembre 1943

Le Docteur Lafay, secrétaire général, expose les efforts du Conseil qui s'est attaché dès son entrée en fonction à la défense des intérêts matériels des médecins e n ne ménageant pas ses démarches auprès des différents organismes répartiteurs.

. . . .

La question du roulage a retenu au premier chef l'attention du Conseil. Lafay fait connaître que si le Conseil n'a pas pu obtenir une augmentation des S. P. autos, il a du moins évité une diminution de ces permis qui devait atteindre le Corps médical de la Seine.

Par contre, il a obtenu en août 1943, l'importante augmentation de 500 S. P. vélomoteurs.

Le Docteur Lafay précise qu'à cette augmentation notable des S. P. velomoteurs, le Conseil désirait faire correspondre l'attribution des engins aux postulants. Sur 500 demandes en souffrance, 200 confrères ont pu obtenir satisfaction dans un temps relativement très court. Malheureusement, à la date du 1er novembre, toutes les commandes ont été bloquées pour tous les corps de métiers en raison du manque de matière première (caoutchouc).

Cette interdiction ne s'applique pas uniquement aux vélomoteurs, mais également aux bicyclettes.

Devant les difficultés rencontrées, M. le Secrétaire d'Etat à la Santé a promis de porter la question devant le ministre de la Production industrielle.

. . . .

La révision des S. P. autos se réalise progressivement. Dans cette révision, les confrères de banlieue, en raison du manque plus accentué des moyens de transport, ont été naturellement avantagés.

La S. L. O. T. A., sur la demande du Conseil va

augmenter le nombre des voitures qu'elle consacre au service du Corps médical.

Le Secrétaire général fait connaître que la carte T vient d'être enfin accordée aux médecins.

Si le Conseil s'est mis à la tâche et à l'exécution des besognes ingrates qu'imposent les circonstances, il n'en a pas délaissé pour cela, l'étude des grandes questions professionnelles.

Défense du Corps médical en face de la nouvelle loi fiscale.

La question des dispensaires qui est pendante depuis des années a retenu l'attention du Conseil. Sous sa pression, un premier résultat, des plus importants, vient en effet d'être obtenu. Le Conseil municipal envisage la suppression d'un certain nombre de dispensaires et la transformation des autres en centres de diagnostic.

....

Le Conseil a repris l'étude des honoraires accordés par certaines grandes administrations et en discute actuellement le relèvement.

Le Secrétaire général fait connaître que la souscription en faveur des médecins sinistrés de la Seine a dépassée 600.000 francs. 380.000 francs ont été répartis entre les confrères sinistrés.

Le Conseil a pu accorder 40.000 francs à chaque sinistré total (somme qu'aucune corporation n'a atteinte pour dédommager ses membres sinistrés).

20.000 francs ont été donnés aux grands sinistrés partiels et des sommes allant de 5 à 10.000 francs pour les sinistrés partiels.

Enfin, en terminant, le Secrétaire général fait part qu'en raison de l'augmentation croissante du nombre des certificats de régime, la Préfecture de la Seine et le Conseil départemental se sont mis d'accord sur la réalisation de deux carnets à souches de 50 certificats. Ceux-ci sont imprimés de façon à alléger autant que possible la tâche du praticien. L'un d'eux est réservé aux régimes alimentaires et à la prescription du lait condensé aux enfants, l'autre est destiné à la prescription des régimes des femmes en état de grossesse ou d'allaitement.

Un timbre du Conseil de l'Ordre doit être apposé sur chaque certificat. Son montant de 10 francs doit être réglé par le malade.

Les bénéficiaires de l'A. M. G. en sont exonérés, les ressources créées par ce timbre seront affectées aux œuvres d'entr'aide médicale du département (1).

Le Professeur BALTHAZARD donne ensuite la parole au Docteur BARTHE qui expose le fonctionnement actuel de la Médecine du travail.

Le Docteur HUET donne ensuite des précisions sur le fonctionnement actuel de la K. V. D. Le certificat est passé de 130 à 170 francs, ce qui met le prix de la consultation à 34 francs, celui de la visite à 44 fr. et celui de la visite de nuit à 80 francs. Pour les actes médicaux de spécialités, leur prix atteint 50 francs pour la consultation, 60 francs pour la visite, 80 fr. pour la visite de nuit.

La valeur du K chirurgical est passée de 15 à 18 francs. Le Docteur HUET expose le processus du remboursement des actes médicaux aux praticiens ; le délai de ce remboursement ne devrait pas désormais dépasser trois mois.

Le Professeur BALTHAZARD prend le dernier la parole pour parler des œuvres d'entr'aide. Il dit les craintes que lui inspirent le projet d'une Caisse autonome sans l'aide des assurances pour la retraite des médecins ; des exemples fâcheux constituent des précédents qui sont peu encourageants et puis, quand sera réalisé cette retraite : dans plusieurs mois, an, deux ans ? d'ici là que deviendront les vieux médecins dans la gêne. C'est pourquoi le Conseil du Collège a pris l'initiative du timbre certificat que la loi permet jusqu'à 10 francs, le paiement de ce timbre par toute personne demandant un certificat alimentera assez une Caisse qui permettra de subvenir aux besoins des œuvres d'entr'aide et fera ainsi faire les premiers pas à la retraite du médecin. Ces timbres seront mis en vente et adressés aux médecins vers la fin de janvier.

Le Professeur BALTHAZARD dit comment, malgré

(1) *Voir ci dessous les modalités d'utilisation des carnets.*

les efforts du Conseil, un Bulletin permettant une liaison avec tous les praticiens n'a pu être réalisé; pour obvier à ce grave inconvénient, le Conseil a décidé de reconstituer des Sections collégiales d'arrondissement qui permettront une liaison entre le Conseil et le médecin.

CARNETS DE CERTIFICATS MÉDICAUX. — *Emploi du carnet* :

— Remplir avec soin le feuillet détachable de la souche ;
— Rayer toutes les mentions inutiles ;
— Porter le diagnostic uniquement sur la souche réservée au Contrôle médical du Conseil de l'Ordre ;
— Ne pas omettre d'indiquer la durée du régime ;
— Remettre au malade le feuillet détachable qui constitue le certificat médical.

La durée de validité des certificats médicaux concernant les malades atteints d'affection à caractère permanent peut atteindre six mois.

— Apposer en bas et à droite le timbre du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins.
— Les malades bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite sont dispensés du timbre. Le médecin devra mentionner « dispensé du timbre » et parapher.
— Les certificats de ces carnets à souche ne nécessitent pas la légalisation de la signature du médecin.

AVIS IMPORTANT :

Lorsque les feuillets détachables du carnet de certificats seront épuisés, adresser les souches au Collège départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain (service des carnets de certificats médicaux) qui tiendra immédiatement un autre carnet à la disposition du médecin.

Les Mairies du département de la Seine ont reçu l'ordre de refuser (1) tous les certificats médicaux délivrés par les médecins de ce département qui ne sont pas rédigés sur les feuillets détachables du carnet de certificats médicaux.

(1) La date d'entrée en vigueur de ces certificats sera annoncée en temps voulu.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ravitaillement

Classement en catégorie T des docteurs en médecine

Conformément aux instructions du Secrétariat d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement, il y a lieu de compléter, ainsi qu'il suit, le chap. XIV (Service de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics) de la liste annexée à l'arrêté du 11 décembre 1940 :

« VII. — Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille :

« Docteurs en médecine exerçant dans les localités classées parmi les centres à suppléments nationaux ou régionaux, inscrits au Tableau du Conseil de l'Ordre et désignés par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins parmi ceux qui, en raison notamment du nombre des visites de malades à domicile qu'ils effectuent de façon constante et habituelle, sont appelés à fournir des efforts physiques particuliers. »

En conséquence, le classement en catégorie T ne pourra être accordé aux docteurs en médecine que sur présentation par les intéressés d'une attestation d'employeur délivrée pour la Seine par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris.

René BOUFFET.

(*B. M. O.*, 30 décembre 1943).



PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

AUTOUR DE L'ÉPIDÉMIE DE POLIOMYÉLITE

Par le Docteur R. LIÈGE

Ancien Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Le Docteur Cambessédès, médecin-inspecteur général des Services techniques d'Hygiène de la Préfecture de Police, a exposé à l'une des dernières réunions de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles, les renseignements qu'il a pu centraliser sur la récente épidémie de poliomyélite et les notions pratiques qui semblent devoir en découler, quant à la prophylaxie de la maladie

Il paraît acquis, que l'épidémie n'a pas, en réalité, pris les proportions que semblaient faire croire les articles de journaux, et elle est à l'heure actuelle en décroissance.

Voici quelques chiffres extraits des documents rassemblés par Cambessédès (1) :

76 cas pour la région parisienne de juillet à fin septembre avec une mortalité de 6,7 %.

Dans le département de l'Allier, il a été observé du 30 juin au 20 août, 136 cas ; 40, dans le Puy-de-Dôme et 36 dans l'Aveyron. 74 cas ont été notés dans la Meurthe-et-Moselle, 17 dans la Meuse, 18 dans les Ardennes et 43 dans le Pas-de-Calais.

Parmi les mesures propres à réaliser la prophylaxie de la maladie et à arrêter l'évolution d'une épidémie de poliomyélite, les unes sont d'ordre général, concernant les Pouvoirs publics et les médecins chargés des Services des épidémies, les autres d'ordre particulier, familial, intéressant directement le praticien, du ressort de qui elles dépendent particulièrement.

Tous les auteurs sont d'accord pour attacher une importance capitale dans la dissémination de la maladie aux formes frustes. A celles-ci, il convient, pensons-nous, d'ajouter les formes atypiques.

En temps d'épidémie, *pratiquement* doivent être considérés comme maladie de Heine-Medin, tous les états méningés qui ne font pas leur preuve et qui évoluent plus ou moins spontanément vers la guérison, si éloignées que soient, en réalité, ces affections de la forme classique de la paralysie infantile.

Le pourcentage de ces formes méningées serait pour certains auteurs particulièrement élevé.

D'aucuns vont, avec Comby et Netter, jusqu'à rattacher la méningite lymphocytaire curable à la poliomyélite.

Lors de l'actuelle épidémie, il nous a été donné d'observer en Seine-et-Oise, un garçon d'une douzaine d'années auprès de qui son médecin nous fit appeler, parce qu'il craignait une méningite tuberculeuse ; l'allure subaiguë de l'affection, l'existence d'un syndrome méningé cliniquement patent et qui durait depuis quelques jours orientait effectivement vers ce diagnostic. Une cuti-réaction négative, une ponction lombaire ne révélant qu'une hyperalbuminose et une très minime lymphocytose, eurent vite fait de nous faire abandonner une telle perspective. Cet enfant guérit sans paralysie, et quelques jours plus tard son médecin nous apprenait l'existence de quelques cas de poliomyélite à la ville voisine.

Un autre enfant venant de Seine-et-Marne nous était récemment amené à la Consultation de l'hôpital Léopold-Bellan, parce qu'il avait eu une paralysie infantile pendant le mois d'août et pour savoir s'il y avait un traitement à lui faire.

On ne notait chez ce garçon ni atrophie musculaire, ni paralysie quelconque et tout s'était borné au mois d'août, à un état infectieux discret, avec des phénomènes douloureux assez violents dans l'une des épaules et dans un membre, quelques modifications du liquide céphalo-rachidien.

Certains auteurs ont prononcé le mot de *formes extra-nerveuses*. Celles-ci seraient caractérisées seulement par des phénomènes généraux et l'absence de tout trouble nerveux.

Elles s'observeraient surtout dans l'entourage des enfants atteints de paralysie infantile typique, et sont sans doute la cause de bien dse contagions.

Les *formes atypiques* sont souvent curieuses. Il nous souvient d'avoir observé dans le Service du Docteur Chevalley, à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1942, un jeune garçon qui se plaignait de difficultés dans la marche et que nous considérâmes pendant plus d'une semaine comme un pithiatique, l'apparition toute progressive de paralysie avec atrophie ne devait pas tarder à nous montrer le caractère organique des troubles dont cet enfant était atteint.

Au cours de l'épidémie actuelle, en juillet, un jeune garçon de constitution robuste joue dans le bois de Vincennes le vendredi ; le samedi matin, il se réveille avec une température de 38°5 et une paralysie faciale. Nous sommes convié à le voir avec son médecin le soir même vers 5 heures. Malgré l'apparence périphérique de la paralysie faciale, en raison de l'absence répétée de réponse d'un réflexe rotulien, tout en formulant quelques réserves discrètes sur la nature de cette paralysie faciale, nous pratiquons une ponction lombaire de

(1) Conseil d'Hygiène et de Salubrité du département de la Seine. Séance du 13 octobre 1943. Rapport sur la Poliomyélite en 1943.

sécurité, et nous faisons injecter du sérum de convalescent par voie intra-musculaire. La ponction lombaire, dont le résultat nous était donné le lendemain, révélait une réaction manifeste.

Ce même jour, l'état de l'enfant s'aggrave brusquement, et le lendemain lundi, nous arrivons pour le voir expirer, après qu'un neurologiste distingué, appelé en hâte, n'eût pu que porter un pronostic qui, aussi sévère 48 heures plus tôt, eût été vraiment d'un pessimisme apparemment exagéré.

Ces formes bulbo-protubérantielles pures avec participation médullaire nulle ou très discrète, se traduisant par la paralysie isolée d'un nerf crânien, sont d'un diagnostic difficile.

La paralysie faciale, la paralysie du moteur oculaire commun, ou du moteur oculaire externe, sont les plus fréquemment observées.

On a décrit également des formes cérébelleuses et des formes cérébrales pures avec hémiplégie, troubles psychiques. Nous ne les avons encore jamais rencontrées.

En temps d'épidémie, il est *logique, pratique* et *utile* de rattacher ces formes frustes et atypiques à la poliomyélite. *Logique*, parce que l'on peut très bien concevoir que le virus de la maladie ne se cantonne pas forcément et toujours aux cornes antérieures de la moelle épinière et que, sous certaines influences qui nous échappent, il puisse toucher d'autres parties du système nerveux. *Pratique*, parce qu'en les considérant comme telles, on les traite comme telles. On ne voit guère de traitement efficace à leur opposer, quand bien même elles seraient de nature différente que l'injection du sérum de convalescent ou du sérum de Pettit. En cas d'infection à virus neurotrope différent de celui de la poliomyélite, aucune thérapeutique spécifique valable ne peut être opposée à la maladie. On emploie couramment les sulfamides, les injections de salicylate de soude, l'abcès de fixation. Dans le doute rien n'empêche de jouer sur les deux bandes et d'adjoindre à l'injection de sérum l'une des médications ci-dessus. Nous l'avons fait maintes fois. *Utile*, parce que cette manière de faire permet de réaliser dans l'entourage la prophylaxie de la maladie.

Sur cette dernière, beaucoup d'encre a déjà coulé et coulera encore.

Avant guerre, on avait préconisé le chlorate de potasse, et des expériences entreprises paraissaient devoir apporter de grandes espérances, mais la méthode a été par la suite battue en brèche dans une article de la *Presse médicale.*

Toutefois, pour notre part, nous utilisons assez volontiers comme désinfectant du rhinopharynx les classiques pastilles de chlorate de potasse, ou nous recourons volontiers au chlorate de potasse à la dose indiquée et suivant la formule :

Chlorate de potasse	0 gr. 10
par kgr. de poids et par 24 heures.	
Sirop de framboise.........	40 grammes
Eau......................	95 p. 180 c.c.

A-t-on mieux dans cet ordre de thérapeutique ? La méthode d'Armstrong est en la matière la dernière venue d'Amérique et les journaux l'on fait connaître au public alors que nombre d'entre nous l'ignoraient encore.

Elle consiste à pulvériser tous les deux jours, quatre fois un mélange fait de deux solutions à 1 p. 100, l'une d'acide picrique, et l'autre d'alun.

Pour juger, attendons des faits susceptibles d'entraîner la conviction sur la valeur de la méthode, préconisée dans une circulaire du Secrétariat à la Santé.

Rappelons encore ici que l'emploi d'une solution au millième de permanganate de potasse et d'acide borique à 5 p. 100, d'après les expériences de Levaditi, « enlève au virus de la poliomyélite son pouvoir pathogène ».

La méthode des instillations nasales vient d'être l'objet d'une communication de M. Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur, pour qui elle n'offre aucune garantie d'efficacité et n'est même pas inoffensive.

Vraiment c'est ici le lieu de parler de modes en médecine.

Comme l'écrit très prudemment CAMBESSÉDES 1) « dans son Rapport », « il est à prévoir toutefois que ces divers moyens de protection locale auront un action assez limitée ».

La reconnaissance des formes frustes et atypiques, le dépistage des porteurs présumés de germes, la désinfection, l'isolement du malade, la désinfection rhinopharyngée, la déclaration de la maladie, voilà en quoi nous, praticiens, pouvons apporter une aide précieuse aux Pouvoirs publics, chargés d'édicter les mesures d'ordre général, propres à enrayer les épidémies de poliomyélite.

A PROPOS DES TRAITEMENTS DE LA POLIOMYÉLITE

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE

Electro-radiologiste honoraire des Hôpitaux de Paris
Ancien professeur à l'Université de Montréal

L'excellent travail de Georges Boudin sur la poliomyélite (*Concours médical,* 21 octobre 1943) m'incite à y ajouter de légers compléments au sujet de certaines méthodes physiothérapiques.

RADIOTHÉRAPIE. — Dans ma pratique ordinaire à Paris, jusqu'en 1931, je voyais chaque année quelques cas (dix au maximum) de paralysie infantile. Je les avais traités durant longtemps uniquement par l'électricité (courant continu et courants excitomoteurs). J'avais tiré de cette pratique deux conclusions : 1° ces traitements étaient manifestement très utiles, mais, 2° la gravité de l'affection était très va-

(1) CAMBESSEDÈS. — *Loco citato.*

riable ; telle année j'obtenais dans tous les cas de très grosses améliorations ou des guérisons complètes, telle autre, je n'observais que des résultats incomplets et partiels. Quand Bordier préconisa les rayons X, je les appliquai, mais sur trop peu de sujets pour me faire une opinion, puisqu'il s'agissait d'une affection, dont je savais que la gravité variait selon les cas ; je me demandais si l'enthousiasme de l'auteur ne provenait pas de ce qu'il était tombé sur une série heureuse.

Le 1er septembre 1931, j'arrivais à Montréal afin d'ouvrir en octobre le nouveau service d'électroradiologie de l'Hôpital Notre-Dame. Je tombais au plus fort d'une épidémie de poliomyélite — c'était parfois jusqu'à dix cas nouveaux que ce seul hôpital recevait chaque jour — quoique mon installation fut loin d'être achevée, comme les appareils de radiothérapie étaient en état de fonctionner, je commençais à faire des séances dans des salles dont les portes n'étaient pas posées.

A ma grande surprise, je constatais que, dans une proportion très importante, il y avait dès les premières, parfois dès la première application, une amélioration manifeste : sédation des phénomènes douloureux, amélioration des troubles paralytiques. Parfois, on avait l'impression d'une modification de l'état général et peut-être d'une diminution de la fièvre.

J'ai publié en 1933, je crois, les résultats de ma statistique intégrale dans la *Presse médicale* ; ma bibliothèque étant restée à Montréal, je ne puis donner de détails précis ; tout ce que je puis dire, en m'appuyant, non sur quelques cas, mais sur beaucoup plus d'une centaine, c'est que les suites éloignées furent en moyenne beaucoup meilleures que celles auxquelles j'étais habitué. Je suis donc devenu un partisan de la radiothérapie (sans lui demander de guérir 100 pour 100 des malades), car je ne pouvais admettre que, sur d'aussi nombreux sujets, on pouvait invoquer une série heureuse.

On me demandera peut-être pourquoi certains auteurs jugent la radiothérapie sans aucun effet ? On peut, à mon avis, donner plusieurs explications : ou bien, entraînés par de l'enthousiasme exagéré de quelques thuriféraires de la méthode, ils ont été déçus de ne pas obtenir immédiatement et dans tous les cas des résultats complets ; ou bien, dans la crainte d'être nocifs sur de petits enfants, ils n'ont utilisé que des doses trop faibles et trop espacées ; ou bien, ils sont tombés sur une série particulièrement grave et émettent une opinion en se basant sur quelques cas malheureux ; ou bien, et cela me paraît très important, ils ont commencé le traitement beaucoup trop loin du début de la maladie. Certes les rayons peuvent quelquefois avoir une action lorsque l'affection est ancienne et même sur les séquelles constituées ; mais ce que nous savons sur le rôle de la radiothérapie porte à estimer que les résultats sont surtout à attendre à la période inflammatoire, avant la constitution des lésions de sclérose de la moëlle. L'enfant, qui est laissé dans sa famille, ne peut évidemment être transporté au cabinet du radiologiste, tant qu'il est fébrile et très déprimé ; il est donc normal que pour lui on attende un mois (j'estime d'ailleurs que c'est bien long), mais plus on intervient loin des premiers symptômes, plus on diminue les chances de guérison. Pour l'hospitalisé, il y a intérêt à commencer dès que le diagnostic est posé. J'estime que c'est par la précocité du traitement que j'ai obtenu dans l'épidémie canadienne des résultats que je n'escomptais pas.

Diathermie. — La diathermie est un procédé de réchauffement bien supérieur aux autres procédés connus de réchauffement ; mais ce n'est qu'un moyen de modifier la température. Elle joue un rôle de premier plan, quand, le sympathique participant à la maladie, il y a de gros troubles circulatoires : refroidissement, cyanose, etc... Elle peut même agir sur ces troubles à une période tardive, par exemple, comme j'en ai vu un cas, chez une ancienne malade restée infirme et chez laquelle la gêne au fonctionnement des vaisseaux, due à l'affection, était accrue par la compression exercée par un appareil orthopédique. Par contre, quand la circulation est normale ou à peu près normale, je pense qu'il faut surtout agir sur la nutrition ; la diathermie est pour cela très inférieure au simple courant continu, le médicament classique autrefois, et surtout aux ondes alternatives à longues périodes.

Ondes alternatives a longues périodes. — Les travaux de d'Arsonval avaient montré, il y a bien des années, la grosse action sur la nutrition des courants alternés. Quand j'ai créé ces ondes, je me proposais de joindre à un rôle eutrophique, une action excitomotrice (gymnastique) appropriée à l'état du muscle malade et les résultats obtenus ne m'ont point déçu. On a depuis voulu opposer à mon procédé les courants progressifs de Lapicque, qui auraient la supériorité d'employer la décharge électrique la meilleure pour faire contracter le muscle malade. En réalité, il n'y a aucune contradiction entre les deux procédés, car rien n'empêche de faire les changements de sens des O.A.L.P. sous forme d'ondes de Lapicque. On a ainsi l'avantage de ne faire que des excitations musculaires très espacées laissant entre elles de longs temps de repos, ce qui évite toute fatigue ; mais de plus, entre chaque action gymnastique, la région est soumise à une action eutrophique liée au passage du courant. On peut donc dire que courants progressifs et O. A. L. P., loin de se faire concurrence, peuvent être associés.

Cependant, je dois ajouter que je ne suis pas sûr (je suis même certain du contraire) que le meilleur traitement d'un muscle très dégénéré consiste à le soumettre au procédé électrique donnant les contractions les plus énergiques. J'ai vu des cas où on déterminait manifestement du surmenage. Par contre, j'ai observé des atrophies musculaires diverses (celle de

l'hydarthrose du genou en particulier) qui guérissaient rapidement sous l'influence d'ondes alternatives à changements d'états si lents qu'aucune contraction n'était perceptible.

J'estime donc que, dans les paralysies infantiles avec grave réaction de dégénérescence, il y a lieu d'employer des ondes (à changements d'états séparés les uns des autres par une longue période) à changements d'états assez lents pour ne donner que des contractions pas trop intenses. En agissant ainsi, pour les muscles très malades, je le répète, on est sûr de ne pas produire d'effets nocifs par surmenage et on utilise au maximum les actions trophiques. C'est ainsi que j'ai agi au Canada sur les cas, où la radiothérapie n'avait pas évité toute paralysie, et je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire.

NOTES CLINIQUES

ENGELURES ET RESTRICTIONS DE SUCRE

Les engelures se développent chez les individus présentant un terrain propice. Le froid est le facteur déterminant.

La scrofule, les déficiences endocriniennes, les avitaminoses A, D, P.P. ont été tour à tour incriminées.

Le fait de chercher autant de causes à cette affection toujours semblable à elle-même indique que le problème n'est pas résolu.

Une chose est certaine : c'est l'accroissement considérable du nombre de sujets atteints d'engelures, aussi bien au cours de la guerre 1914-1918 qu'au cours de celle-ci. Il semble bien qu'intervienne ici la restriction d'un apport alimentaire.

Pendant cette guerre, nous manquons de tout. Pendant la guerre 1914-1918, on a manqué seulement de pain et de sucre, parce que les départements gros producteurs avaient été envahis.

J'inclinerais à croire que c'est la diminution de la ration d'hydrates de carbone et plus spécialement du sucre qui crée le terrain sur lequel l'engelure peut se développer.

Personnellement, depuis les restrictions, j'avais des engelures, ma femme aussi, mes enfants (16 et 17 ans) également. L'an passé, j'ai pu exceptionnellement me procurer une quantité plus importante de sucre. Les confitures familiales ont été plus abondantes, les entremets plus fréquents : pas d'engelures pendant l'hiver 1942-1943.

J'ai eu la curiosité de me renseigner auprès de la multitude de clients atteints de cette affection douloureuse : carence manifeste de sucre.

J'ai voulu faire une enquête auprès des cultivateurs, gros producteurs de betteraves et par conséquent non carencés en sucre. A peu près pas d'engelures dans leurs familles, et les rares qui en ont, ont des enfants en pension.

En temps de paix, il est d'ailleurs remarquable que ce sont surtout les enfants élevés en pension qui sont atteints d'engelures. Il est indéniable que, dans les lycées et collèges, le régime est assez pauvre en sucre. Il est riche, par contre, en hydrates de carbone. C'est pourquoi, je disais tout à l'heure que la carence de sucre devait plus spécialement être incriminée.

Dr G. Roos (Noyon, Oise).

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

ŒDÈME MENSTRUEL

D'après le Professeur agrégé H. Vignes (1)

Périodiquement, durant la menstruation ou dans la période qui précède, un certain nombre de femmes ont la sensation d'être gonflées, d'être à l'étroit dans leurs vêtements. Cette sensation est bien réelle, car si on les pèse quotidiennement, on les voit augmenter de poids brusquement en un jour ou deux (2 à 3 kilos même) ; au bout d'un ou de deux jours, elles reperdent non moins brusquement ce gain par l'effet d'une polyurie, qui expulse la même quantité de liquide, ou encore par l'effet d'une transpiration abondante.

La turgescence, parfois généralisée, peut être prépondérante à certaines régions, qui sont variables suivant les femmes : les pieds, la région achilléenne à l'exclusion des pieds, les mains (ce qui empêche le port des bagues), la face, le tissu cellulaire abdominal.

Parfois le gonflement est plus discret, au point de n'être dépisté que par la pesée systématique. Si cette infiltration du tissu cellulaire n'est pas un motif de plainte, elle n'en fait pas moins partie de ce malaise général indéfinissable, que certaines femmes accusent lors de la menstruation. La première apparition de la turgescence, dans les cas où elle est marquée, est très variable. Diverses circonstances peuvent l'augmenter : froid, fatigue, états infectieux, climat marin. D'autres malaises l'accompagnent parfois ; le plus frappant et le plus constant est la migraine cataméniale.

L'œdème est susceptible de s'observer pendant une période d'aménorrhée : être mal à l'aise, se sentir gonflée constituent des symptômes le plus souvent observés, quand l'aménorrhée s'accompagne de troubles subjectifs.

La pathogénie de cet œdème est en rapport avec la rétention d'eau et de chlorures, qui est constante lors de la menstruation dans les cas les plus normaux, mais reste discrète à l'état physiologique. Les états accentués de turgescence ne seraient qu'une exagération de cette hydropexie. Cette rétention d'eau physiologique peut-être, elle aussi, suivant les femmes, prémenstruelle ou menstruelle.

Dans certains cas, on a trouvé des manifestations d'hypothyroïdie (signes cliniques ou abaissement du métabolisme basal), probablement par atteinte parallèle de la thyroïde et de l'ovaire. On a pensé également à l'ovaire seul, puisque la folliculine favorise la rétention d'eau et de sel, et, de fait, un facteur ovarien semble bien être en jeu. La fonctirn du lobe postérieur de l'hypophyse pourrait être en cause, en raison de son pouvoir antidiurétique et hydropexique.

Diverses thérapeutiques ont été employées contre l'œdème menstruel. L'extrait préhypophysaire a donné des succès, mais inconstants. Le traitement antisyphilitique est souvent efficace ; mais il est possible d'associer le novarsénobenzol à l'opothérapie thyroïdienne. On a conseillé le calcium, en raison de son effet diurétique ; les diurétiques mercuriels et les dérivés puriques ont été employés.

G. Fischer.

(1) *La Presse médicale*, 16 octobre 1943.

A PROPOS DU TRAITEMENT DES ENGELURES

Je me permets de vous signaler un traitement des engelures non ouvertes que je n'ai pas expérimenté plus d'une fois, mais qui a été *immédiat* et a amené la sédation totale de douleurs intolérables : badigeonnages au pétrole, renouvelables si besoin est.

Ce traitement était, paraît-il, employé en Suisse, il y a déjà bien longtemps (60 ans !)

A toutes fins utiles.....

Dr E. Carvallo (Marseille).

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs

Edouard Rist. — **Les symptômes de la tuberculose pulmonaire.** Clinique, physiologie pathologique, thérapeutique. Un vol. 588 p., 1943.

C'est une étude toute personnelle, appuyée sur une longue expérience clinique, que présente le Docteur Rist. L'auteur, ne pouvant aborder dans sa totalité le vaste chapitre de la tuberculose pulmonaire, a pris pour sujet l'exposé des symptômes de cette maladie envisagés sous leur aspect clinique, pathogénique et aussi thérapeutique. Dans ce livre sont étudiés en détails : la toux, l'expectoration, les hémoptysies, la dyspnée, la fièvre, les symptômes généraux, etc., chez les tuberculeux. Ecrit dans un style attrayant, l'ouvrage offre un grand intérêt pratique, que double la haute compétence de son auteur en phtisiologie.

Les Thèses

Dr André Gremeaux. — **Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoïnate de soude.** (Thèse de Paris, 1943).

Trois dates sont marquantes dans l'histoire du traitement de l'épilepsie : 1851, Sir Charles Lecok découvre l'action anti-convulsivante du bromure de potassium ; 1912, les barbituriques sont introduits dans la thérapeutique de l'épilepsie ; 1937, Putnam et Merritt établissent les propriétés de la diphénylhydantoïne.

L'action calmante des bromures et des barbituriques sur les troubles épileptiques est bien établie, mais ces agents offrent pour les malades l'inconvénient important d'entraîner une diminution de l'activité physique et psychique. Avec une efficacité similaire, la diphénylhydantoïne n'a pas cet inconvénient. Ses effets hypnogènes étant inexistants, elle laisse aux patients leur lucidité et leur activité physique normale.

Ce médicament, dérivé de l'urée (glycolurée) comme les barbituriques, se présente sous deux formes chimiques : la diphényl-hydantoïne et le diphénylhydantoïnate de soude. M. Gremeaux accorde la préférence à ce dernier, qui est mieux absorbé et mieux toléré.

Les doses de D. P. H. S. (qui seront prises au milieu des repas) sont les suivantes :

Nourrisson......	5 à 10 centigr.	par jour
Jusqu'à 7 ans....	10 à 30 centigr.	—
De 7 à 16 ans....	20 à 40 centigr.	—
Adultes.........	20 à 60 centigr.	—

Technique du traitement : partant d'une dose modérée, il faut, par tâtonnements, l'augmenter s'il y a lieu pour arriver à la dose efficace. Se rappeler toutefois que l'effet du médicament n'est pas immédiat et demande une certaine accumulation. Une dose qui était insuffisante au début, peut devenir optima au moment de cette imprégnation. D'autre part, en raison également de cette période préparatoire d'accumulation pendant laquelle le malade ne bénéficie pas encore de l'action du médicament, si la médication est instituée chez un sujet en cours de traitement par les bromures ou les barbituriques, on ne doit pas supprimer immédiatement ces derniers, le comitial brutalement sevré de son traitement pouvant entrer en état de mal. D'ailleurs, barbituriques et diphényl-hydantoïne peuvent s'associer. Lorsque les résultats obtenus avec le D. P. H. S. à doses assez élevées sont insuffisants, il est conseillé d'y adjoindre des doses faibles de barbituriques (0 gr. 05, 0 gr. 10 de gardénal). Il vaut mieux, toutefois, arriver à supprimer ces derniers, s'il est possible.

Comme toute chimiothérapie, l'administration du D. P. H. S. est susceptible de donner lieu, assez rarement il est vrai, à des phénomènes d'intolérance (nausées, vertiges, déséquilibre, diplopie) ou toxiques (érythèmes, purpura), non inquiétants en général. Bien que l'on n'ait pas signalé d'accident véritablement grave, il conviendra néanmoins de surveiller l'administration du médicament, particulièrement aux doses assez fortes.

L'auteur rapporte 19 observations. Dans la plupart, le D. P. H. S. a donné de bons résultats, quelquefois en association avec le gardénal. Dans trois cas (intolérance, résultats insuffisants), d'autres médications durent être employées.

P. L.

Signalons sur cette même question trois autres thèses récentes :

Dr René Cailleault. — Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoïnate de soude (Thèse de Paris, 1942).

M. Cailleault conclut que le diphényl-hydantoïnate de soude est un médicament utile, en particulier dans les cas d'intolérance ou d'inefficacité des barbituriques. Il ne lui paraît pas, cependant, devoir être systématiquement substitué à ceux-ci.

Dr A. Ghitza-Ioan. — Le traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne et son contrôle électro-encéphalographique (Thèse de Paris, 1943).

Mlle Ghitza-Ioan, ancienne externe à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Baudouin (on doit au Professeur Baudouin, l'introduction en France du traitement du Putnam et Merritt), estime que pour obtenir le maximum de bénéfice de la médication, il y a intérêt à combiner les propriétés anti-comitiales des barbituriques et de la D. P. H., en les associant. La D. P. H. donne quelquefois — avec une fréquence diversement appréciée — des symptômes d'intoxication ; on peut y remédier en réservant à intervalles réguliers un jour de désintoxication.

Dr Francis Bloch. — Le traitement de l'épilepsie en milieu asilaire. Contribution à l'étude de la diphényl-hydantoïne et de son sel sodique (Thèse de Lyon, 1943).

M. Fr. Bloch préconise également l'association gardénal-hydantoïne et l'emploi de la médication hydantoïnique seule au cas d'intolérance ou d'inefficacité des barbituriques.



Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

L'infection tuberculeuse en 1942 et 1943 chez les mammifères et les oiseaux exotiques du Muséum

(M. Ach. Urbain ; 12-10-1943)

La tuberculose est, parmi les infections qui frappent les animaux sauvages en captivité, une des plus fréquentes. Du 1er janvier 1942 au 30 septembre 1943, M. Urbain en a observé 22 cas sur les mammifères et 39 sur les oiseaux du Muséum d'histoire naturelle.

Sa statistique comprend : trois singes morts de tuberculose généralisée, un phoque atteint de tuberculose pulmonaire (c'est le premier cas de tuberculose signalé, semble-t-il, chez un mammifère marin), deux lions ayant succombé à des lésions bacillaires du poumon, un tapir, trois sangliers d'Indo-Chine, un bison d'Amérique, un cerf, etc... Chez les singes, l'évolution tuberculeuse a été rapide. L'infection paraît avoir été uniquement d'origine humaine. Chez les lions, le bacille tuberculeux isolé était du type bovin.

Pendant la même période, l'auteur a constaté 39 cas de tuberculose chez les oiseaux en captivité. Les lésions siégeaient au foie, à la rate, plus rarement à l'appareil respiratoire (30 %). Les germes ont pu être quelquefois apportés par les bandes nombreuses, les parquets des oiseaux des jardins zoologiques. M. Urbain a relevé trois cas de tuberculose chez des moineaux, dont les excréments étaient riches en bacilles tuberculeux.

Papillomes, verrues et cancer

(M. G. Milian ; 12-10-1943)

M. Milian expose quelques considérations sur l'affection cutanée connue sous le nom d'*acanthosis nigricans*, que caractérise l'ensemble symptomatique suivant : état papillomateux régional, cutané et muqueux ; pigmentation ; cancer abdominal accompagnant généralement le syndrome cutané. A son avis, la lésion initiale est un papillome. Il relate, d'autre part, l'observation d'un homme atteint de verrue plantaire avec nodules de voisinage et ganglion de la région crurale correspondante, qui succomba dix-huit mois après, présentant sur le corps des saillies nodulaires de généralisation cancéreuse et des tumeurs abdominales.

Influence de la restriction alimentaire sur la durée de l'accouchement

(M. Henri Vignes ; 12-10-1943)

M. Vignes a insisté, à diverses reprises, sur ce fait que la suralimentation, la suralimentation carnée en particulier, favorise la contracture utérine au cours de l'accouchement et prolonge ainsi le travail. Les circonstances actuelles de sous-alimentation l'ont amené à étudier à nouveau ce problème. Ayant comparé, au point de vue de la durée, les accouchements faits dans son service en 1936 et ceux du même service en 1943, il a trouvé pour ceux-ci une durée moyenne raccourcie. Les enfants, à la naissance, étaient, il est vrai, de poids un peu moindre en 1943 qu'en période de paix. L'auteur garde la conviction que la suralimentation favorise la contracture utérine et prolonge l'accouchement, la restriction alimentaire intervenant en sens inverse.

Au sujet des jus de fruits et des jus de légumes

(M. H. Cheftel ; 12-10-1943)

Revenant sur une communication de M. Martel relative à cette question, M. Cheftel montre que l'addition d'anhydride sulfureux comme moyen de conservation est exceptionnelle pour les jus de fruits proprement dits, sauf pour les jus de raisin, ceux-ci étant préparés généralement à partir de moûts mutés à l'anhydride sulfureux, suivant des habitudes vinicoles défectueuses, mais courantes. La proscription de SO^2 aboutirati à une réduction des 9/10es des jus de raisin fabriqués, car elle nécessiterait un équipement que les usines ne peuvent se procurer actuellement.

La conservation par le froid ne semble pas, pour les jus de fruits, être la meilleure. Elle n'est pas obtenue à —4° et nécessiterait une « chaîne » frigorifique à —15° allant jusqu'au consommateur. Le procédé qui offre le plus de garanties paraît bien être la pasteurisation ultra-rapide, suivie de l'emballage du jus dans les récipients définitifs.

Thyroïde et psychoses affectives

(M. Laignel-Lavastine ; 19-10-1943)

Depuis que Brissaud a appelé la thyroïde, la glande de l'émotion, on a souvent étudié les lésions de cette glande chez les psychopathes. M. Laignel-Lavastine a pu effectivement constater des altérations anatomiques de la thyroïde à l'autopsie de certains malades atteints de psychoses affectives. Cependant, beaucoup de ces psychoses évoluent sans lésions thyroïdiennes. L'auteur apportera bientôt, d'autre part, les résultats de ses recherches sur les psychoses affectives considérées quant à l'hypophyse, aux surrénales, au foie, aux gonades, etc...

Nouvelles remarques sur les localisations nerveuses de la neurotoxine coli-bacillaire

(M. H. Vincent ; 26-10-1943)

M. Vincent rappelle ses travaux sur la double sécrétion toxique du coli-bacille : l'*entérotoxine* ou toxine α et la *neurotoxine* ou toxine β.

Injectée au lapin, la neurotoxine détermine presque toujours, lorsque l'animal survit, l'apparition précoce ou tardive d'une myélite ascendante mortelle, avec lésions considérables des cellules de la substance blanche.

Chez l'homme, la myélite colibacillaire est rare. Les effets pathogènes de la neurotoxine se manifestent plutôt sur l'encéphale, sans s'accompagner toutefois de lésions des cellules nerveuses, les troubles observés paraissant relever d'une simple imprégnation de ces cellules par la toxine neurotrope et étant plus curables par le traitement rationnel.

L'infection coli-bacillaire aiguë peut donner lieu à des symptômes nerveux accusés : délire, agitation, torpeur, crises démentielles (notées, par exemple, chez des opérés pour appendicite compliquée), mais c'est surtout dans les infections colibacillaires chroniques que l'on peut voir apparaître des troubles encéphalitiques, psychiques : démence, mélancolie, délire mystique, délire avec agitation, etc. Ces troubles psychiques se perpétuent même parfois après la disparition de l'infection colibacillaire. Ils guérissent souvent par une thérapeutique appropriée, anti-colibacillaire.

L'auteur conclut à l'utilité, chez les malades atteints de psychoses, de faire un examen bactériologique des urines et de rechercher dans leur état présent ou leur passé, la possibilité d'affections colibacillaires. Il peut en résulter d'intéressantes déductions thérapeutiques.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Néphrose lipoïdique avec néphrite associée précocement

(M. PASTEUR-VALLERY-RADOT et ses collaborateurs ; 4-6-1943)

Après avoir rapporté, fait exceptionnel, trois cas absolument purs de néphrose lipoïdique, les auteurs rappellent que l'évolution de la néphrose lipoïdique vers l'insuffisance rénale est particulièrement fréquente. La néphrite, au lieu d'être un mode d'évolution tardive de cette affection première, peut lui être associée très précocement. Dès les premières semaines ou les premiers mois de la maladie, on constate les signes de cette évolution ; et il faut insister sur l'importance du diagnostic et du traitement.

L'influence du traitement thyroïdien, associé au régime hyperazoté, peut se manifester sur la néphrose ainsi que sur la néphrite, quand elle est apparue précocement ; les signes de la maladie rénale, comme ceux de la maladie humorale, sont susceptibles de parallèlement s'estomper et disparaître.

Deux cas d'emphysème pulmonaire obstructif

(R. EVEN et J. LECŒUR 4-6-1943)

Ces faits sont rares ; dans un cas, il s'agissait d'un cancer de la bronche droite ; dans l'autre, d'une malformation bronchique avec végétations au niveau de l'orifice de la bronche lobaire inférieure gauche. Il en résultait un obstacle mécanique à la sortie de l'air, donnant une hyperclarté radiologique typique localisée à une base pulmonaire. Cet aspect peut être confondu avec celui de kystes aériens uniloculaires géants, d'autant plus que le syndrome fonctionnel et physique est très fruste ou absent. Ici, la bronchoscopie doit être pratiquée systématiquement, car seule elle permet de reconnaître la nature de l'obstacle bronchique.

G. F.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Dent de sagesse inférieure en ectopie sigmoïdienne

MM. TERRACOL, HOUPERT et BLAQUIERE rapportent le cas d'une femme de 45 ans, présentant une ectopie de la dent de sagesse inférieure gauche, incluse partiellement dans l'échancrure sigmoïde ; l'avulsion de la dent par voie sous-angulo-maxillaire fut suivie de la disparition complète des troubles pathologiques survenus quelques semaines avant l'intervention : douleurs névralgiques dans la région auriculo-temporale, gingivite unilatérale et tuméfaction rétromolaire récidivante.

Abcès de la prostate et orchi-épididymite suppurée après injections sclérosantes pour hémorroïdes

MM. E. TRUC, BOISBRUNET et NÈGRE présentent une observation d'abcès de la prostate avec orchi-épididymite suppurée. Ces accidents ont succédé à une séance d'injections sclérosantes pour hémorroïdes.

L'abcès de la prostate a dû être incisé par voie rectale. L'orchi-épididymite suppurée, avec grosses lésions testiculaires, a nécessité la castration.

La Presse

Les petits chancres syphilitiques

R. BARTHÉLEMY démontre que le petit chancre syphilitique mérite une plus grande attention. Il peut être petit, parce qu'il est récent et jeune, ou parce que sa capacité extensive est faible en raison, soit du peu de virulence du germe, soit de la haute résistance du terrain. Les difficultés de sa reconnaissance sont parfois augmentées en raison de son irrégularité de courbure, de son induration peu marquée, ou des dimensions normales de son ganglion satellite. D'autre part, l'examen ultra-microscopique restera négatif si l'emploi d'un savon, d'un antiseptique, a fait fuir le spirochète dans la profondeur ; enfin, la sérologie de ce chancre récent restera muette, à moins d'être pratiquée tous les jours. Une ponction ganglionnaire pourrait faire retrouver le tréponème, réfugié dans la profondeur. On doit également signaler le chancre non érodé, non à vif, non humide, ressemblant au reliquat en voie d'extinction d'un petit furoncle avorté, dont l'épiderme intact, mais distendu et rouge-violacé, est resté lisse, à peine bombé comme une sorte de papule ressemblant aussi à une papule de syphilis secondaire peu saillante. (*Le Bulletin médical*, 15 septembre 1943).

La sécrétion lactée en dehors de la grossesse

L'expérimentation et l'observation clinique démontrent que, d'une part, la folliculine agit sur le développement des canaux de la glande mammaire et la lutéine sur celui des acini glandulaires, que d'autre part, une hormone de lactation règle la sécrétion lactée : c'est la prolactine ou galactine, d'origine hypophysaire, mais distincte des autres hormones de cette glande, celle-ci ne pouvant exercer son influence que sur la glande complètement développée. La folliculine se révèle l'antagoniste de la prolactine, ce qui explique que la sécrétion lactée ne s'instaure qu'après le post-partum, quand, après l'expulsion du placenta, se produit une chute de la folliculine. Le nouveau-né, en tétant, exercerait aussi une action mécanique sur la sécrétion lactée, en raison de relations établies entre le système nerveux végétatif et le mésencéphale ; inversement, des troubles de l'émotivité agiraient sur la fonction des glandes endocrines (aménorrhée psychogène, grossesse imaginaire).

Bien que, dans les conditions physiologiques normales, la sécrétion lactée ne s'installe qu'après la fin d'une grossesse, des observations cliniques, et notamment celle du Docteur GY. KESE, établissent que celle-ci puisse être notée en dehors de la grossesse, exceptionnellement même chez l'homme. L'activité mammaire s'observe ainsi en corrélation avec certaines affections de l'hypophyse (tumeurs, acromégalie, etc.), avec l'hypoovarie ou encore chez des femmes ovariotomisées, ménopausées. Une malade, en dehors de tout état gravidique, n'était depuis cinq mois très faiblement réglée qu'un ou deux jours durant, au lieu de 4 ou 5 ; en même temps, la pression des seins (ni douloureux, ni hypertrophiés) faisait sourdre un liquide, qui à l'analyse chimique n'était que du lait. Aucune affection générale, ni locale ; pas de tumeur de l'épiphyse ; selle turcique non hypertrophiée. L'administration de folliculine, au cours de la période inter-menstruelle, rétablit les choses dans les conditions normales. (*Wiener. Mediz. Wochens.*, 31 juillet 1943).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA DÉGÉNÉRESCENCE ET LA RÉGÉNÉRESCENCE

La proportion des dégénérés augmente en France d'une façon inquiétante.

Les carences alimentaires s'ajoutent ou suppléent aux autres causes. Ce n'est pas que le fléau de la dégénérescence soit ignoré dans notre pays. MOREL, médecin en chef de l'Asile Saint-Yon, près de Rouen, a publié le premier en 1857 un *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine* où il définit la dégénérescence *une déviation maladive du type normal de l'humanité.* Nous préférons la définition d'E. DALLY, dans l'étude qu'il consacre dans le *Dictionnaire de Dechambre* aux dégénérescences humaines qui en fait des *altérations organiques et fonctionnelles transmissibles par l'hérédité et aboutissant à la stérilité.* Le facteur *hérédité* qui joue ici le rôle principal et la *stérilité,* terme ultime de la dégénérescence, devaient tenir une place dans la définition.

Depuis, tous les cliniciens, et en particulier les pédiâtres et les aliénistes, se sont intéressés à cette question. Les dégénérés sont de plus en plus nombreux, car les fléaux qui causent leur état, prennent de jour en jour une extension plus dangereuse dans notre pays. Nous nous contenterons de citer les plus importants : l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose qui sont loin d'être les seules causes des dégénérescences. Outre les causes pathologiques et toxiques qui sont nombreuses, il y a des causes géographiques, climatiques et sociologiques ; parfois ces causes se confondent et par une hérédité accumulée amènent la fin de l'individu et contribuent à celle de la race. C'est ainsi que victime de plusieurs causes : alcoolisme, syphilis, tuberculose, désertion des campagnes, industrialisme, carence alimentaire, restriction des naissances, la nation française qui, au XVII[e] siècle, tenait, et de beaucoup, comme population, la tête parmi les nations européennes, a perdu progressivement sa prépondérance et menace de passer au dernier plan.

M. le Docteur G. D'HEUCQUEVILLE, médecin des hôpitaux psychiatriques, a, dans un intéressant petit livre : *Plus d'enfants dégénérés* (1), mis au point la question des dégénérescences. Il expose clairement dans une première partie le rôle de l'Hérédité dans la nature. Nous ne le suivrons pas, ayant consacré un article au *problème médical de l'hérédité* (*Concours médical,* 1[er] octobre 1943) d'après les leçons faites à la Clinique des Enfants-Malades par M. LAMY, médecin des hôpitaux. M. D'HEUCQUEVILLE aborde l'étude de la dégénérescence. Tous nos lecteurs en connaissent les stigmates, il nous suffira de les énumérer ici. Ils portent principalement sur la tête qui présente chez les dégénérés des déformations congénitales (microcéphalie, hydrocéphalie, plagiocéphalie, acrocéphalie, asymétrie faciale, etc.). Les poils sont rares et mal implantés. L'iris est inégalement coloré ; on observe de l'inégalité pupillaire, du myosis ou de la mydriase, parfois du nystagmus, du strabisme et des paralysies des muscles de l'œil.

Le nez peut être dévié, écrasé ou tordu. La voûte palatine peut être ogivale, perforée. Le bec-de-lièvre peut exister. Les lèvres épaisses peuvent être le siège de mâchonnement, de contractions fibrillaires ; on peut observer du prognatisme. Les oreilles offrent de nombreux stigmates (asymétrie, pavillon mal ourlé, lobule faisant défaut ou adhérent, tubercule de Darwin sur le bord supérieur, oreille pointue, faunesque, oreille de macaque, etc.). La langue peut être fissurée et présenter des mouvements fibrillaires. Les dents sont souvent irrégulièrement implantées. Le dégénéré peut présenter du macro ou du microdentisme. Quand la syphilis héréditaire est en cause, les deux incisives médianes supérieures sont échancrées en demi-lune (dents d'Hutchinson) et les autres sont le siège d'érosions (dents en tournevis). Les mains sont déformées, les doigts courts et carrés, parfois il y a un doigt supplémentaire ou il manque des doigts ou des phalanges.

Le thorax est enfoncé et présente des malformations rachitiques. Chez les jeunes garçons, on constate du phimosis et quelquefois de l'hypospadias.

Les hernies de naissance sont assez fréquentes. Tous ces stigmates pris isolément ne signifient pas grand chose, mais, quand plusieurs coexistent, décèlent la dégénérescence.

Il y a tous les degrés chez les dégénérés. MOREL a prétendu qu'il y a des *dégénérés supérieurs* ; ROUSSEAU, NAPOLÉON, BEETHOVEN, fils d'alcoolique, seraient rangés dans cette catégorie. Les *dégénérés inférieurs* iraient graduellement des originaux et des criminels aux instables, imbéciles, mongoliens, idiots et gâteux.

Nous n'examinerons pas les causes de la dégénérescence, ce qui nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons, comme le Docteur D'HEUCQUEVILLE, à considérer les trois maladies qui tiennent un rang prépondérant dans la pathogénie de la dégénérescence : l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose.

L'alcoolisme héréditaire causerait, d'après MAGNAN, plus de dégénérés que toutes les autres maladies.

En France, ce mal est endémique. Chaque Français consomme en moyenne par an trois litres d'alcool à 100°. En un siècle, la consommation d'alcool a triplé ; notre pays tient le premier rang sous le rapport de l'alcoolisme et il consomme plus du double que les nations qui tiennent le deuxième rang. L'alcoolisme est tellement fréquent que M. D'HEUCQUEVILLE prétend qu'en général tout homme de plus de quarante ans donne naissance à un dégénéré, car l'alcool imprègne généralement son organisme. La mère, la nourrice intoxiquent souvent le nouveau-né. Sur 20.000 idiots, 10.000 auraient été conçus dans l'ivresse au cours de fêtes populaires. Quand la grossesse n'est pas suivie d'avortement ou de la naissance d'un mort-né, le fils d'alcoolique est malingre, pèse 2.500 grammes au lieu de 3.000 grammes (poids d'un enfant normal). Il présente de multiples stigmates de dégénérescence, est agité, sujet à des convulsions, à des accès épileptiques et prédisposé aux maladies infectieuses, surtout à la tuberculose. Parvenu à l'âge adulte, il devient criminel, aliéné, infirme ou, comme son père, alcoolique. Le petit-fils d'un alcoolique, si son père a été sobre et si sa mère est saine, voit s'atténuer la dégénérescence. La quatrième génération est saine toutefois, si les parents sont sobres au moment de la conception. Aussi le Docteur D'HEUCQUEVILLE conseille le mariage de bonne heure, dans l'espoir que les époux ne sont pas encore imprégnés d'alcool et donneront naissance à des enfants sains.

(1) Librairie Hachette.

La *syphilis* tient le deuxième rang dans les causes de la dégénérescence. Quand la grossesse se produit dans la période secondaire de la maladie, l'embryon généralement succombe. Il en est de même si la grossesse coïncide avec le début de l'infection syphilitique. Mais la mère contractant la syphilis du 3e u 8e mois de la grossesse, l'embryon est infecté à travers le placenta. Chez cet enfant non dégénéré, la maladie passe souvent inaperçue et paraît résister à la contagion de sa mère, d'où la loi de PROFETA : la mère syphilitique n'infecte jamais son nouveau-né d'*apparence sain.* Cette loi ne s'applique pas, quand la mère contracte la maladie dans les 8e et 9e mois de la grossesse. Le placenta n'a pas eu le temps d'être infecté et l'enfant né sain, peut être infecté par la mère. La mère peut contracter la maladie du père et être en apparence saine, mais l'enfant dans ce cas, a contracté la syphilis à travers le placenta d'où la loi de BAUMES : l'enfant syphilitique n'infecte jamais la mère saine d'apparence, mais, en réalité contaminée préalablement.

Les enfants de syphilitiques présentent des stigmates de dégénérescence particuliers. Non seulement ils ont l'apparence de « petits vieux », mais les érosions dentaires, les dents en tournevis, et les dents d'Hutchinson, le front olympien ou en carène, le crâne natiforme, l'hypertrophie du foie, de la rate, des testicules, le coryza chronique, le pemphigus, les tibias en lame de sabre, les varices du cuir chevelu, le strabisme, etc., sont chez eux caractéristiques. Les strigmates peuvent se répéter dans plusieurs générations successives durant une période d'environ50 ans.

La *tuberculose* comme la syphilis peut être une cause de dégénérescence. Les enfants de tuberculeux outre les stigmates ordinaires à tous les dégénérés, sont souvent athrepsiques, rachitiques avec toutes les infirmités et lésions qui en résultent. Le rétrécissement mitral, la chlorose, les dysménorrhées, l'hystérie, la démence précoce, une prédisposition à contracter la maladie des parents, sont fréquents chez les enfants de tuberculeux.

L'*arthritisme*, le *cancer*, l'*urémie*, le *saturnisme*, les diverses *intoxications*, les *carences alimentaires* sont aussi des facteurs de dégénérescence.

Toutes ces causes peuvent s'associer et partant s'aggraver. L'alcoolique devient fréquemment syphilitique, tuberculeux ; le saturnin est souvent alcoolique.

LA RÉGÉNÉRESCENCE. — Si la loi de MOREL était exacte, si la dégénérescence frappait progressivement les générations et était de plus en plus grave pour aboutir à la stérilité, il y a beau temps que l'espèce humaine aurait disparu.

Heureusement, la régénérescence atténue les effets de la dégénérescence. Qui peut se vanter de ne pas avoir dans ses ascendants en remontant à cinq ou six générations un alcoolique, un syphilitique ou un tuberculeux ?

La loi de GALTON limite l'influence héréditaire des ascendants. Si le père et la mère comptent chacun pour un quart dans l'influence héréditaire, les grands parents tant du côté du père que de la mère ne comptent que pour 1/16e et en remontant de génération en génération, l'influence héréditaire s'amenuise progressivement au point de devenir presque nulle. Il est vrai que les mariages consanguins ou entre parents directs peuvent interrompre cette progression décroissante.

Il faut s'attacher à combattre les causes de la dégénérescence, veiller aux alliances pour ne pas accumuler les tares que l'hérédité fera peser sur la tête des enfants.

Dans ce cas, l'examen médical prénuptial, aussi complet que possible, sera à conseiller. M. D'HEUCQUEVILLE envisage la régénérescence pour chaque cause. Le petit-fils d'un alcoolique, si les parents sont sobres, ne sera pas plus dégénéré que son père, à l'encontre de ce qu'affirmait MOREL. Même à la quatrième génération, si les parents sont sobres au moment de la conception, les stigmates de dégénérescence auront disparu. C'est pour cela qu'on doit préconiser les mariages jeunes, les parents n'ayant pas le temps de s'imprégner d'alcool avant la naissance des enfants.

L'intervention de l'Etat devra être prudente. On a vu quels abus a donné la loi de prohibition aux Etats-Unis, tandis qu'en Suède MAGNUS HUSS obtenait les meilleurs résultats avec les Sociétés de tempérance.

Pour la syphilis, la régénérescence s'opère à la quatrième génération et plus tôt si le traitement se poursuit d'une façon régulière et efficace.

Pour la tuberculose, dès que les accidents cessent la régénérescence se produit. Comme pour l'alcoolisme, le Docteur D'HEUCQUEVILLE conseille aux prédisposés à la tuberculose de se marier très jeunes pour éviter la dégénérescence des enfants à naître. Le mariage est subordonné, il va sans dire, à l'état de santé des deux conjoints.

Quoiqu'il en soit, la dégénérescence n'est pas comme l'avait prétendu MOREL progressive, irréversible, fatale. Dès que les causes cessent d'agir sur la lignée, les stigmates s'atténuent et la régénérescence naturelle, spontanée, se manifeste faisant réapparaître les qualités héréditaires.

***

Les lois de Mendel et l'application de la méthode des groupes sanguins et des indices biochimiques, éclaireront sans doute le problème de la régénérescence.

Il en est des races comme des individus, les tares s'y accumulent au cours des siècles et si elles ne sont pas régénérées, elles finissent par disparaître. Cette régénération se fait par l'introduction d'éléments nouveaux. Il en résulte un métissage, mais ce métissage peut être bon ou mauvais selon le groupe sanguin auquel appartient le greffon, chargé de régénérer la race. C'est ce qu'a démontré René MARTIAL, dans son live si intéressant : *La Race française* (1).

En s'alliant avec certains peuples, la race française peut s'améliorer notablement, mais les résultats du métissage avec d'autres races dont le groupe sanguin n'est pas favorable, sont lamentables.

J. NOIR.

COMMENT ORGANISER L'ORDRE DES MÉDECINS ?

I. — L'Organisation des Collèges

La profession médicale, depuis le début de ce siècle, s'est trouvé accéder à la dignité de personne morale par la grâce des syndicats. Ceux-ci l'incarnaient d'une manière certes partielle, mais suffisamment fidèle pour que l'on y retrouvât l'expression spécifique de ses nuances les plus diverses. Par une curieuse contradiction, l'avènement du « corporatisme » a réalisé le prodige de doter la profession d'une organisation professionnelle à peu près inorganique. Le phénomène est au reste en lui-même facilement explicable : une constitution vivante, évolutive et constamment perfectible avait, le 7 octobre 1940, fait

(1) Paris, Le Mercure de France, édit., 1934.

place à un édifice géométrique sorti tout armé du cerveau d'un législateur lointain. L'échec de ce monstre inviable a rendu nécessaire la réforme du 10 septembre 1942. Un progrès notable fut accompli : au système du Conseil unique et indifférencié sorte d'organisme primitif et unicellulaire fut substitué un complexe de Collèges et de Conseils sacrifiant comme il se doit au principe biologique de la séparation des fonctions. Il faut convenir toutefois que, dans l'échelle des êtres organisés, l'Ordre des médecins modèle 1942 occuperait encore une place peu élevée.

Considérées sous cet angle, les difficultés internes du Conseil national se dépouillent de leurs caractères contingents et perdent heureusement tout aspect de rivalité de personnes. Si, au sein de ce Conseil, les débats doctrinaires s'écartent trop souvent des questions proprement médicales et nuisent ainsi, faute d'une impossible unanimité, à la solution de problèmes purement techniques, si, d'autre part, les intérêts des omnipraticiens sont gérés par 90 % de spécialistes, lesquels sont dépourvus pour eux-mêmes de toute représentation organique, on aurait mauvaise grâce à en faire porter la responsabilité aux Conseillers nationaux, car ils n'ont certes point modelé l'institution qu'ils incarnent. Et si certains conseillers croient devoir se retirer devant cet inéluctable désordre, il faut à notre sens interpréter cette retraite comme un geste d'alarme attirant l'attention des Pouvoirs publics sur la nécessité de réformer une institution chargée d'un service public d'organisation professionnelle et paradoxalement incapable, enserrée qu'elle est dans un réseau de textes trop étroits, de s'organiser elle-même.

Et tout d'abord, qu'est-ce que l'Ordre ? Derrière ce grand mot se cache un vaste complexe dont la cellule élémentaire est le Collège médical de chaque département. Cet ensemble de Collèges est censé *représenter* le Corps médical. Ce but est-il atteint ? Sinon comment l'atteindre ? D'où un premier problème : l'*organisation des Collèges*.

Mais un Collège est une masse encore peu organique. Cette masse ne peut penser, agir que par l'intermédiaire de Conseils. Or la pensée comme l'action requièrent un certain nombre de conditions qui ne sont point d'ailleurs propres à la médecine. Quelles sont-elles ? Sont-elles réalisées ? Deuxième problème, que nous appellerons celui de l'*organisation des Conseils* et que nous traiterons dans un second article.

Un exemple : l'organisation de la profession pharmaceutique

Désireux nous même de ne point encourir le reproche de construire dans l'abstrait, nous avons recherché les principes d'une réforme dans un exemple vivant d'organisation corporative : celle d'une profession très proche, la profession pharmaceutique.

Attardons-nous un instant sur ce cas qui vaut d'être médité. La pharmacie vivait avant la loi du 11 septembre 1941 sous le régime de germinal an XI, lequel s'appliquait fort bien à l'exercice artisanal de la pharmacie « tel qu'il se pratiquait avant l'essor de la science pharmaceutique », mais n'était plus du tout « adapté à l'état actuel de la profession, sa partie industrielle et le développement à la fois commercial et scientifique de la profession ne trouvant plus leur place dans le cadre ancien » (1).

Les réformateurs de 1941 se sont donc légitimement préoccupés de donner à la profession pharmaceutique une organisation différenciée, dont le statut reste perfectible, mais où chaque branche est dotée d'une représentation propre sur le double plan économique, d'une part, professionnel et moral d'autre part.

Du côté économique, le Comité d'organisation comporte donc une section de fabricants de spécialités, une section commerciale (droguerie en gros) enfin une section des pharmaciens d'officine. Sous l'angle corporatif et disciplinaire, nous trouvons une chambre nationale des fabricants, une chambre nationale des droguistes et répartiteurs, des chambres départementales et régionales et (création toute récente), une chambre nationale des pharmaciens d'officine, enfin, coiffant les chambres professionnelles et comportant leurs délégués, un Conseil supérieur de la pharmacie. « Cet organisme, dit le rapport préliminaire de la loi, représente l'ensemble de la profession dans tous ses genres d'activité, il sera l'interprète national de la pharmacie française auprès de l'Etat. C'est *dans ce Conseil supérieur que les diverses tendances trouveront leur position d'équilibre* ». On ne saurait dire en termes plus euphémiques que les débats politiques ou doctrinaux trouveront dans le seul Conseil supérieur leur naturel exutoire. De fait d'ailleurs, cet ordre de préoccupation est totalement étranger à toutes les autres chambres. Grâce à cette sage mesure prophylactique, la corporation pharmaceutique échappe à la paralysie qui menace la tête corporative de la médecine.

Le cas de la Médecine

Certes l'évolution, la différenciation interne de la médecine n'est pas aussi marquée que celle de la pharmacie. Il ne s'est heureusement créé ni grande industrie, ni grand commerce pour exercer un art fait avant tout d'actes immatériels. Il n'empêche que l'acte médical, unique en son esprit, a dû, sous l'influence du développement scientifique et technique, se diviser en une série d'actes de plus en plus étroitement spécialisés, donnant naissance à autant de branches professionnelles nouvelles. Si l'on veut que l'Ordre représente la profession, il doit donc refléter dans son organisation même *à la fois* cette division et cette unité. Il nous faut donc une *organisation fonctionnelle* (verticale).

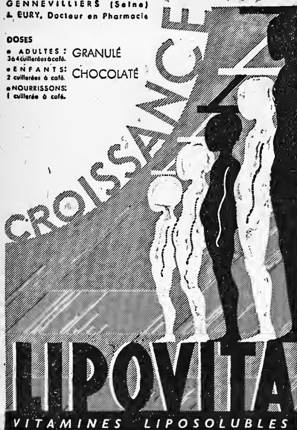
D'autre part, les problèmes médicaux doivent être étudiés également sous l'angle local ; ils ressortissent alors à une *organisation territoriale* (horizontale). Le cadre de cette organisation doit-il être le département ? Ce serait admettre une certaine homogénéité dans la répartition des médecins, qui est infirmée par les faits. D'où la nécessité d'une double réforme :

1° *Organisation verticale*

Une corporation médicale, c'est d'abord un organe représentatif, donnant une image fidèle du pays médical réel. Or l'Ordre de 1942 semble avoir été conçu pour un pays quel que peu arriéré sous l'angle scientifique et professionnel, où le Corps médical serait encore composé uniquement d'omnipraticiens indépendants. Cette conception idéale de la médecine en régime individualiste et libéral n'est certes point — que cela plaise ou non — l'état actuel de la profession, non plus d'ailleurs que sa tendance évolutive. Il faut donc renoncer à fonder sur elle une construction corporative viable. L'organisation doit se laisser guider ici par le principe analytique, et se rappeler qu'à toute division doit succéder un effort de synthèse afin de recréer l'unité. Nous verrons plus bas les conditions de cette synthèse. Pour l'heure, voyons comment diviser.

Le problème est simple, il suffit de se laisser gui-

(1) Rapport préliminaire de la loi du 11 septembre 1941.



LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)
L. EURY, Docteur en Pharmacie
DOSES
• ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café. GRANULÉ
• ENFANTS : 2 cuillerées à café. CHOCOLATÉ
• NOURRISSONS : 1 cuillerée à café.
CROISSANCE
LIPOVITA
VITAMINES LIPOSOLUBLES

der par les réalisations professionnelles antérieures à la guerre, qui, créées spontanément, exprimaient en toute certitude un besoin et une capacité réelle d'autodétermination. Chaque grande spécialité (chirurgie, radiologie, oto-rhino-laryngologie, etc.), avait sa représentation nationale. Il faut donc aujourd'hui créer un Collège national des chirurgiens, un Collège national des radiologues... et plus généralement un Collège national pour toute spécialité reconnue, dont les membres en exprimeraient le désir.

Mais cette représentation particulière ne saurait se limiter aux seules spécialités scientifiques. La médecine sociale et la prévention ont fait naître à leur côté de véritables spécialités professionnelles, telles que médecine de contrôle, médecine du travail, médecine hospitalière, etc... Il existait avant guerre une Association nationale des médecins-conseils, une Association nationale des médecins d'usine. Un Collège national permettrait à chacune de ces spécialités d'étudier les problèmes professionnels qui leur sont propres. Il serait prudent au reste que la loi ne se mêlât pas d'énumérer limitativement ces Collèges nationaux, mais laissât la porte ouverte aux créations nouvelles répondant à des besoins entraînés par une évolution sociale imprévisible.

2° *Organisation horizontale*

Le législateur a suivi la pente facile qui consiste en ce domaine à recourir au cadre administratif tout préparé : le cadre départemental. Tout a été dit sur les avantages et principalement sur les inconvénients, dans notre civilisation actuelle, de ce cadre étriqué qui ne correspond plus à nos besoins et exige cependant d'onéreux frais généraux. Le régionalisme est à la mode ; aussi chacun propose-t-il de superposer aux Collèges départementaux des organismes régionaux dotés de la personnalité civile, ce que la loi nous refuse actuellement. Mais de quelles régions s'agit-il ? Est-ce des anciennes ou futures provinces, des régions sanitaires, des régions des A. S. ou de quelqu'autre encore ? Il faut savoir en effet qu'en fait de découpage arbitraire de notre pays, tout le monde s'en est donné à cœur joie, sans se soucier bien entendu de cohérence et d'unité. Est-il opportun d'ajouter un échantillon de plus à la collection de l'arbitraire administratif ?

A notre avis, le problème doit être repris sur d'autres bases. Nous démontrerons dans notre prochain article (et la chose est en soi assez évidente) qu'un Conseil collégial soucieux d'organiser de manière efficace ses services corporatifs et de ne point imposer une trop lourde charge aux médecins, doit compter un minimum de 500 ressortissants. Or, une statistique récente de la répartition des médecins par départements, prouve éloquemment que 59 % des médecins sont groupés en 80 Collèges (sur un total de 87) ayant moins de 500 membres et sont mis ainsi dans l'impossibilité de subvenir aux frais de leurs services corporatifs. Le reste soit 41 % des médecins composent 7 Collèges seulement, 7 Collèges dont 5 et particulièrement Paris (5.409 membres) sont nettement pléthoriques. Quelle commune mesure peut-il donc exister entre le Collège parisien et celui de la Lozère par exemple qui sont l'un à l'égard de l'autre dans le rapport de 1 à 100. Le premier peut mettre sur pied avec une cotisation de 500 francs par tête un véritable ministère. Cette même cotisation permet tout juste à la Lozère de faire face à quelques frais de bureaux.

Une représentation, un secrétariat départemental est certes indispensable pour offrir un répondant aux organismes officiels départementaux. Mais les 80 Collèges dont nous avons parlé devraient *être libres* en outre de *s'unir entre eux* et de constituer *spontanément* des fédérations régionales autour d'un centre communément choisi dans le cadre des régions sanitaires. Les Fédérations, habilitées par le Conseil National et les Pouvoirs publics seraient dotées de tous les attributs légaux des Collèges et pourraient mettre sur pied de véritables et efficientes organisations corporatives. Il leur suffirait de grouper en moyenne trois départements (le Collège le plus fréquent a environ de 150 à 250 membres), ce qui leur permettrait de ne point trop s'éloigner du médecin. L'ensemble des services régionaux et départementaux seraient subventionné par une Caisse unique. Cette Caisse pourrait par ailleurs recevoir des subsides d'une Caisse Nationale chargée d'établir entre les diverses régions de France, une véritable solidarité corporative, le principe étant que le médecin quel que soit sa région, doit pour une même cotisation, jouir de services corporatifs identiques.

En sens inverse, certains Collèges pléthoriques devraient avoir le droit de donner naissance à des sections locales, se rapprochant ainsi du médecin et capables d'acquérir à Paris, par exemple la vitalité des anciennes Sociétés d'arrondissement.

3° *L'Unité corporative*

Notre analyse nous a naturellement conduit à diviser, à regrouper, donc à rompre l'unité de la construction actuelle. Or, il est incontestable que la Corporation doit, avant tout, permettre de créer une véritable communauté entre les médecins de toute spécialité. Il lui appartient de maintenir jalousement l'unité morale et déontologique de la médecine, ses libertés et son indépendance, quelles que soient les formes de son exercice. Ces buts seront atteints par les deux voies suivantes :

En premier lieu, il faudrait poser à titre obligatoire la règle déjà dégagée par les syndicats que tout spécialiste inscrit en cette qualité à son Collège national doit faire partie en outre du Collège médical local. Il dépendra en conséquence de la juridiction professionnelle de droit commun. Il serait toutefois opportun qu'en cette hypothèse ladite juridiction comportât obligatoirement un membre de sa spécialité.

En second lieu, il nous faut créer, à l'imitation de la pharmacie, un *Collège supérieur* (et non un Conseil) composé des représentants de tous les Collèges nationaux de spécialistes et de membres *omnipraticiens*, désignés par les diverses organisations régionales. Il est permis d'espérer qu'au sein de cette Assemblée représentative du Corps médical français, toutes les tendances seraient mises à même de s'exprimer, de s'équilibrer les unes les autres et de trouver le chemin de cette communauté qui reste encore à créer.

* * *

Le législateur de 1942, comme celui de 1940, a cru sacrifier au principe de l'unité en assemblant dans un organisme unique et indifférencié les médecins venus des horizons les plus divers de la profession. Les faits prouvent que le but est manqué ; de l'inorganique ne peuvent naître d'ailleurs que la confusion et la contradiction interne. Un correctif eût pu être trouvé dans la constitution d'associations professionnelles de spécialistes fondées sous le régime de la loi de 1901. Mais la loi de 1942, méfiante et soupçonneuse, a supprimé elle-même cette précieuse soupape dans son article 49. En sorte que la profession médicale souffre une fois de plus de malaises dûs à un défaut de constitution. Le médecin est facile à trouver ; nous croyons avoir ébauché aujourd'hui les grandes lignes d'un traitement.

Jean MIGNON.

ATTITUDE DU CORPS MÉDICAL A L'ÉGARD DE LA MUTUALITÉ

Par le Docteur J. VIGNOLI (Salon-de-Provence)

Souvenons-nous des canons braqués sur Strasbourg et gardons-nous d'une attitude fanfaronne cachant mal notre faiblesse.

Une mauvaise transaction vaut toujours mieux qu'un bon procès. Mais pour se mettre d'accord, il faut s'entendre, se voir, parler, discuter et comment le ferons-nous sans avoir un délégué du Conseil National de l'Ordre auprès du Conseil d'administration de la Fédération française de la Mutualité ? Les membres associés de la Commission de la Mutualité du Conseil National ont demandé qu'un membre du Conseil fût délégué auprès de la Mutualité et que son agrément fut demandé à la Fédération française. Mais le Conseil National siégeant en séance plénière, n'a pas été de cet avis... Cependant aux Journées d'études de la Fédération Nationale des C. C. M., en octobre, M. le Docteur CIBRIE, jouissant depuis longtemps d'une parfaite considération dans les milieux dirigeants mutualistes, fut prié d'y assister, y vint, et y fut très écouté. Mais depuis, nous avons appris la démission de M. CIBRIE en tant que membre du Conseil National. Il en eut été le représentant le plus qualifié, sans aucun doute.

Et en attendant que l'on reprenne, accepte et fasse agréer le vœu de la Commission, le temps passe et nul ne fait officiellement entendre la voix médicale auprès des assemblées mutualistes dirigeantes. C'est dommage. Pour nous en convaincre ouvrons la brochure si autorisée de M. Pierre THEIL « Le Corps médical devant la Médecine sociale », et relisons la phrase suivante :

« *La Fédération Nationale apparaît donc comme l'organisme central et représentatif de la Mutualité française. Son influence au cours de ces dernières années a été considérable. Aussi, souhaiterions-nous ardemment voir les représentants qualifiés du Corps médical entrer en contact avec elle, afin de procéder en commun à un examen objectif de la situation de la Mutualité. Nous sommes convaincus qu'une telle façon de procéder sera seule susceptible d'amener l'apaisement du conflit qui oppose le Corps médical et les organisations mutualistes, de provoquer une réforme logique et souhaitable de la Mutualité et d'instaurer un système de couverture des risques à la fois équitable pour les praticiens et efficace pour les malades* ».

On ne saurait penser plus juste et plus justement s'exprimer.

Cette réforme logique et souhaitable de la Mutualité, voilà plus de deux ans que l'on en propose en vain les souhaits du Corps médical aux divers ministres de la Santé et du Travail qui se succèdent. S'il vous est possible d'analyser l'avant-projet de réforme de la loi du 1er avril 1898 présenté par le Ministère du Travail, vous verrez qu'on n'en a rien retenu.

Le système de couverture des risques à la fois équitable pour les praticiens et efficace pour les malades à instaurer pourrait être la Caisse médico-chirurgicale mutualiste départementale dont j'ai maintes fois expliqué l'organisation et le fonctionnement et que certains groupements nationaux ou ministériels commencent à propager, mais en dehors des directives du Corps médical et même de la Fédération Nationale de la Mutualité.

Faute de directives autorisées, le chaos mutualiste croît.

Il ne tardera pas à créer un chaos médical.

***

Il est donc grand temps pour le Corps médical de chercher contact avec la Mutualité pour lui dire... Mais, au fait, pour lui dire quoi ?

Devant cette question à résoudre, le Conseil National de l'Ordre réunit encore une fois sa Commission de la Mutualité. Espérons que ses vœux seront mieux entendus par la séance plénière du Conseil. Que formulera-t-elle ? Nous l'ignorons. Il serait cependant souhaitable que « l'attitude du Conseil de l'Ordre » fut dictée par ces deux points :

1° Bien savoir ce que nous voulons ;

2° Faire respecter les décisions de l'Ordre par les médecins à défaut d'entente amicale avec la Mutualité.

I. Ce que nous voulons, c'est que le malade soit libre de nous consulter si bon lui chante en tout temps et en tout lieu. Que sa qualité de mutualiste ne le prive pas du « LIBRE CHOIX », non seulement du libre choix de son médecin, mais aussi de son lieu d'hospitalisation au besoin.

Le fameux article 39 de l'avant-projet qui naguère a fait tant de bruit est ainsi conçu :

« *La couverture du risque maladie ou accident peut comporter* : 1° *Le remboursement aux membres participants ou le paiement du praticien ou à l'établissement de soins de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux, de prévention, de cure et d'hospitalisation* ».

Ce texte laisse toute latitude pour la création de médecins et de chirurgiens forfaitaires, et ne spécifie pas que le mutualiste, comme l'accidenté du travail et l'assuré social, doit conserver sa liberté. Ce paragraphe doit être modifié obligatoirement si l'on veut éviter des ennuis redoutables. Voici par exemple le texte que l'Ordre pourrait proposer :

« *La couverture du risque maladie ou accident sera assurée dans les conditions, par le mutualiste, du libre choix du praticien et de l'établissement de soins. Elle devra comporter* :

1° *Le remboursement aux membres participants, ou le paiement au praticien, de tout ou partie des honoraires médicaux et chirurgicaux prévus, après contrat avec le Conseil de l'Ordre, et à l'établissement de soins de tout ou partie des frais de prévention et d'hospitalisation.* »

Ce que nous voulons également, c'est que, si la Mutualité nous demande (et nous l'acceptons tous de grand cœur) un TARIF PRÉFÉRENTIEL pour ses mutualistes de condition modeste, elle n'en profite pas pour glisser dans leur nombre des *mutualistes de situation aisée* !

C'est hélas ce qui arrive trop souvent et c'est ce qui a dressé jusqu'ici le médecin contre la Société de Secours mutuels.

Alors que pour être assuré social un salaire limite est fixé, on peut être mutualiste même en possédant des millions ! Et parmi les mutualistes actuels, il y a non seulement des riches, adhérents de fraîche date, mais des anciens pécuniairement faibles, adhérents il y a quelques vingt ans et auxquels depuis la fortune a souri.

Remarquez que le législateur de 1898 avait prévu la nécessité de catégoriser les mutualistes, quand il avait écrit : « Les membres honoraires pourront devenir membres participants à la suite de revers de fortune » Mais comme il avait pensé que les S.S.M. étaient faites uniquement pour les infortunés, il avait

omis de préciser le contraire, c'est-à-dire qu'au-delà d'une certaine aisance, le membre participant devait devenir membre honoraire et acquitter de ce fait une cotisation ne lui donnant plus aucun droit !

Que l'Ordre étudie le texte de l'avant-projet de loi réformant celle du 1er avril 1898. Il y verra un article 2 ainsi conçu :

« *Les S. S. M. peuvent admettre, d'une part, des membres participants qui, en échange du versement d'une cotisation ont droit aux avantages sociaux, d'autre part, des membres honoraires qui payent une cotisation, font des dons ou rendent des services équivalents à la Société, sans bénéficier des avantages sociaux. L'admission des membres honoraires au titre de membres participants peut être facilitée à la suite de revers de fortune.* »

L'Ordre pourrait proposer le texte suivant :

« *Les S. S. M. peuvent admettre des membres participants et des membres honoraires.*

« *Les membres participants sont ceux qui, en échange d'une cotisation annuelle statutaire ont droit au bénéfice des prestations. Parmi ceux-ci, les membres participants de situation modeste pourront en outre bénéficier d'avantages sociaux.*

« *Les membres honoraires sont toutes personnes civiles ou morales qui payent une cotisation volontaire, font des dons ou rendent des services à la Société sans bénéficier des prestations* ».

Ah ! Ah ! vont s'écrier les dirigeants mutualistes ! *Qu'est-ce qu'un mutualiste de condition modeste* et comment arriverons-nous à les catégoriser ? Quel travail ! Que d'erreurs possibles ! Quel contrôle astreignant !

D'accord, mais rien sans peine. Puisqu'à la base de vos organisations mutualistes vous conservez la S. S. M. et que dans une S.S.M. l'effectif est assez réduit et que tous les membres se connaissent et se connaissent bien, la catégorisation au départ ne doit pas être quelque chose de bien difficile. D'accord avec le représentant du Conseil de l'Ordre, évaluez un *revenu familial limite* (comme on l'a fait pour les A. S. en ne comptant malheureusement que le salaire du chef de famille), mettons par exemple pour le temps qui court 42.000 francs (l'actuel salaire limite des A. S.), ajoutez les *charges de famille* et vous serez bien près de la classification souhaitée. A dates fixes, les situations sociales seront examinées à nouveau : ceux qui auront changé de situation seront changés de catégorie. Des genres de prudhommes trancheront les litiges.

Certes tout ne sera pas parfait, mais la grosse majorité des mutualistes aisés, tout en bénéficiant des prestations, ne profiteront pas des « avantages sociaux ». Quels seront ces avantages ? Des tarifs, préférentiels acquis pour eux par contrats passés par les dirigeants mutualistes avec la chambre syndicale de pharmacie, le groupement des maisons de santé privées, l'assistance publique, les établissements thermaux, l'Ordre National des sages-femmes, les pompes funèbres, les bandagistes, les opticiens, etc., voire certains commerces absolument nécessaires à l'existence.

Et avec l'Ordre des médecins ? Ah ! c'est ici qu'il me faut le courage d'écrire ce qui doit être, ce qui sera fatalement bientôt peut-être et malgré nous : *l'application d'un tarif de médecine sociale.* Voilà deux ans et plus qu'on en comprend toute la nécessité. Non pas un tarif départemental ou régional, variant avec l'humeur médicale d'un lieu, et nous attirant des circulaires documentées du ministre des Finances, mais un tarif national de médecine sociale, raisonnable, capable d'être appliqué non seulement

aux mutilés, aux assistés, aux accidentés du travail, *mais encore à tous ceux qui sont « de situation modeste »*. Par exemple, consultation : 25 francs K. = 30.

Que le Conseil National se hâte de l'établir et de bien spécifier qu'il ne s'appliquera qu'aux clients de situation modeste, c'est-à-dire à ceux dont le *revenu familial*, charges de famille comptées, n'excèdera pas actuellement 42.000 francs par an. Il prendra ainsi une position solide parce que logique et juste.

Il est logique et juste en effet que, dans un groupement professionnel, nous acceptions généreusement de soigner au tarif social le manœuvre ou la famille nombreuse de l'employé, mais il est logique et juste que nous n'appliquions pas ce même tarif pour les soins que nous donnerons à l'ingénieur ou au patron. Car les ingénieurs, les patrons, et tous les travailleurs de situation aisée vont bientôt, presque malgré eux, être mutualistes. La loi nouvelle réserve tout un chapitre aux sociétés de Secours mutuels issues des Comités sociaux, en y introduisant quelque chose de neuf en matière mutualiste : l'affiliation obligatoire et le paiement de la cotisation par la Caisse commune, par le bien commun familial de l'entreprise auquel ouvriers et patrons contribuent et dont ouvriers et patrons ont droit de profiter. *C'est donc pour dans peu d'années*, tout de suite même si les circonstances étaient moins tristes, 75 % *de la population française embrigadée de gré ou de force sous le drapeau de la Fédération de la Mutualité.*

Comprenez quelle erreur (et quelle responsabilité) serait pour le Conseil National de persister dans son attitude d'isolement volontaire et de ne pas, dès maintenant, faire agréer auprès de cette puissance un ambassadeur qualifié. Son rôle délicat consistera à faire entendre raison « aux vieilles barbes » : vieilles barbes mutualistes rivées au médecin forfaitaire; vieilles barbes médicales encore attachées à l'entente directe générale et absolue !

II. Mais si l'entente amicale ne peut se faire, si la Mutualité s'obstine, si la loi nouvelle sort dans son texte actuel, qu'allons-nous faire ? Quelle sera cette attitude nouvelle du Corps médical à l'égard de la Mutualité ?

C'est alors qu'il nous faudra un Code de déontologie bien fait, un Code de déontologie frappant *les médecins forfaitaires* sans aucune pitié, frappant les *confrères ristourneurs.*

Il faudra surtout que l'Ordre National obtienne la possibilité de faire casser les contrats existants, car certains jeunes médecins viennent de signer pour trente ans avec des organisations mutualistes, des contrats les privant eux et leurs malades, de la liberté ! C'est là que sera le danger.

Il faudra que l'Ordre fournisse un *modèle de contrat* bien fait que les médecins eux-mêmes, contraints de rechercher la clientèle mutualiste (75 %) seront dans l'obligation de demander.

Il faudra que l'Ordre puisse *faire exécuter les sanctions* qu'il infligera et que cesse enfin ce scandale de voir des confrères suspendus continuer à exercer, à signer des feuilles d'assurances et des ordonnances de pharmacie !

***

La question des rapports du Corps médical avec la Mutualité est *grave, très grave.* Nous supplions le législateur, les dirigeants de la Fédération française de la Mutualité, les membres du Conseil National de l'Ordre de bien vouloir lui accorder toute l'attention qu'elle mérite, car *il y va de la liberté ouvrière et de l'avenir de l'exercice de la médecine.*

ÉCHOS & COMMENTAIRES

L'INVASION DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE PAR LES MÉDECINS FONCTIONNAIRES. — NUMERUS CLAUSUS ET DOCTORESSES. — LES CONSEILS DE L'ORDRE PEUVENT-ILS ORGANISER UN SERVICE DE GARDE ? — A PROPOS DU COMPÉRAGE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE.

Aux fonctions de médecins d'hôpitaux, bon nombre de médecins fonctionnaires postulent. Dans bien des cas, nous signale-t-on, l'Administration sanitaire départementale les favoriserait au point d'essayer de les faire nommer *sans concours*.

Ainsi, à X..., tente-t-on de faire nommer médecin du pavillon des tuberculeux de l'hôpital le médecin des dispensaires anti-tuberculeux du département ; et à Y., c'est un médecin chargé du service départemental de la Protection maternelle et infantile qui est le grand favori pour la Crèche de l'hôpital.

Nous n'insistons pas sur l'illégalité flagrante d'une nomination qui, en contradiction avec la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943, serait faite sans concours. Mais nous tenons à jeter un cri d'alarme devant cette nouvelle menace contre la médecine libre. Non contents de fonctionnariser de plus en plus l'activité des médecins praticiens, voici que les Pouvoirs publics cherchent à limiter leur champ d'action au profit des médecins fonctionnaires eux-mêmes. Pauvre profession médicale grignoée par les deu x bouts !

Nous avons toujours pensé que le service hospitalier était le prolongement normal de la clientèle, et que l'une et l'autre de ces activités ne pouvaient que gagner à être exercées conjointement. A-t-on une telle nostalgie de la médecine militaire que l'on en veuille introduire la réplique dans les hôpitaux civils?

Certes, rien dans la législation hospitalière n'interdit aux médecins fonctionnaires de *poser leur candidature* aux fonctions de médecins d'hôpitaux. Mais leur *nomination* est une autre question... Il existe toujours dans notre arsenal législatif un certain décret interdisant le cumul de fonctions publiques, dont nous voudrions bien savoir s'il est tombé en quenouille... Il porte, il est vrai, la date de 1936 et nous convenons que c'est un bien mauvais millésime.

***

Un de nos lecteurs nous fait part des remarques suivantes qui nous paraissent judicieuses :

Puisque l'on oppose le « numerus clausus » aux étudiants qui briguent l'entrée aux facultés de médecine ne conviendrait-il pas de tenir compte d'un fait capable de fausser l'évaluation des besoins du pays en médecins ?

Il est notoire que, parmi les étudiantes commençant la médecine, bon nombre, du jour où elles seront mariées, ou bien ne poursuivront pas leurs études ou bien cesseront l'exercice de la profession.

A l'origine cependant, elles auront compté dans le « numerus clausus » et auront empêché des jeunes hommes de devenir médecins. Ainsi la profession aura éliminé des participants actifs au profit de dilettanti qui lui manquent au dernier moment.

On pourrait du reste élargir ce point de vue et reprendre une fois de plus la question des étudiantes.

En un temps où la lutte pour la vie est si âpre qu'elle ne permet plus les générosités ni les courtoi-

sies d'antan, il est choquant de voir s'affronter dans les mêmes carrières des compétiteurs dont les responsabilités sociales sont fort inégales : jeunes gens soumis au service militaire (avec ses corollaires : mobilisation, captivité) ou au séjour dans les camps de jeunesse et jeunes filles affranchies de toute contrainte de ce genre.

D'autre part, la France actuelle, si elle entend promouvoir dans les réalités sa politique de la famille, doit veiller au danger que, faute de mères, nombre de foyers ne puissent se fonder.

Les femmes savantes ne sont qu'exceptionnellement de réelles mères de famille.

Or de quoi, présentement, avons-nous le plus urgent besoin ?

***

Une question actuelle est celle de l'organisation de services médicaux de garde. Plusieurs Conseils de Collèges départementaux ont voulu prendre une telle initiative, justifiée par les difficultés présentes des transports et par l'insécurité des temps. D'autres ont été instamment engagés dans cette voie par l'autorité municipale.

Ils se sont heurtés à des résistances dont nous nous sommes faits tout récemment l'écho. On a contesté la légalité des décisions par eux prises. Bien mieux, certains Conseils, tel celui du Nord, ont eux-mêmes déclaré manquer des pouvoirs légaux nécessaires pour imposer aux médecins cette mesure.

Telle n'était pas notre opinion. Aussi, avons-nous tenu à demander à Me Bernard AUGER son avis autorisé sur la question. Le voici : « *Si le Conseil de l'Ordre ne tient pas de la loi le pouvoir d'IMPOSER aux médecins un service de garde, il est, par contre, fondé à organiser ce service s'il est demandé ou exigé par l'autorité administrative, en vertu des pouvoirs de police qu'elle tient de la loi de 1884 par exemple.* »

Ainsi, sans pouvoir prendre d'initiative en cette matière, les Conseils collégiaux peuvent-ils aider à la mise sur pied de services que l'on voit fonctionner depuis de longues années, à la satisfaction de tous chez les pharmaciens, et qui, dans les circonstances actuelles, sont d'une utilité incontestable.

***

Le décret-loi du 17 janvier 1936 instituant le délit de compérage, a interdit aux médecins de recevoir sur la vente de produits ou d'appareils des ristournes ou intérêts, proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues.

Il a interdit en outre la formation et le fonctionnement de sociétés ayant pour but la recherche de ces intérêts, ainsi que l'exercice conjoint pour les mêmes fins de la profession de méedcin et de celle de pharmacien.

Ce texte avait soulevé des difficultés d'interprétation. On s'était demandé notamment s'il n'allait pas mettre obstacle à des conventions qui, légitimement, tendaient à défendre la propriété scientifique du médecin, inventeur d'un produit ou appareil (marque de fabrique cédée en exploitation à un pharmacien, moyennant rémunération variable selon le chiffre d'affaires).

Une Circulaire ministérielle du 12 décembre 1938 est alors venue préciser que, pour qu'il y ait délit, il fallait qu'il y ait prescription. Elle ajoutait que l'inventeur d'un médicament ou appareil touchant des droits d'auteur sur son invention ne commettait pas d'infraction dès lors qu'il ne prescrivait pas ; qu'une prescription accidentelle ne saurait, de plus, suffire à constituer le délit.

Tout était donc mis au point quand la loi du 11 septembre 1941, sur l'exercice de la pharmacie, est venue soulever un nouveau problème. Sans interdire expressément le cumul de l'exercice de la médecine et l'exploitation d'un établissement préparant des spécialités pharmaceutiques, la loi, dans son art. 34, déclare illicite « toute convention d'après laquelle un pharmacien assure à un médecin praticien un bénéfice d'une nature quelconque sur la vente de produits pharmaceutiques, médicamenteux ou hygiéniques que celui-ci peut prescrire. » La loi semble donc avoir retenu comme critérium de l'infraction qu'elle réprime pénalement *la simple posibilité de prescriptions.* Elle interdit donc en fait l'exploitation d'un laboratoire de spécialités et l'exercice d'une médecine *susceptible d'entraîner la prescription* de telle ou telle spécialité.

Nous avons tenu à demander au Ministre de la Santé publique si malgré les termes de la loi du 11 septembre 1941, l'interprétation bienveillante de la circulaire RUCART, conservait sa pertinence. Il nous a été répondu que, « *sous réserve de l'appréciation des tribunaux, c'est toujours la prescription elle-même du produit qui constitue le délit ou l'infraction.* »

Par conséquent, nos confrères qui ont des intérêts importants dans une affaire de spécialités pharmaceutiques ou qui participent à sa direction ou à son exploitation, peuvent sans inquiétude, du moment qu'ils ne prescrivent pas habituellement leurs propres produits, continuer à exercer la médecine sans avoir d'option à exercer.




CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4779. — Les accidents du travail agricole et l'entente directe

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis sur une question d'accident du travail en agriculture.

Un propriétaire, cultivateur, assuré contre les accidents du travail, accidenté, doit être soigné comme s'il s'agissait d'un client ordinaire ; le médecin n'a pas à connaître s'il est assuré ou non, ni les clauses de sa police. Est-ce bien cela ?

Le fils de ce même cultivateur, salarié par son père accidenté, doit-il être soigné d'après la législation sur les accidents du travail en agriculture ?

En vertu de cette même loi, la police du chef de famille peut-elle couvrir les accidents du travail survenus aux autres membres de sa famille, par exemple : sa femme et ses enfants ?

Dr R.,

Réponse

En principe, depuis que la loi du 18 mars 1943 *a étendu à l'agriculture le régime de la loi du* 1er *juillet* 1938 *sur les accidents du travail, l'entente directe qui existait encore dans le domaine agricole alors qu'elle avait disparu depuis* 1938 *dans le régime du commerce et de l'industrie, ne saurait être pratiquée.*

Le patron, dit le nouvel article 4, est seul tenu des honoraires calculés selon le tarif ministériel.

Mais par le jeu de la jurisprudence, il est possible d'atténuer la rigueur du principe dans certains cas par-

ticuliers où l'entente directe se justifie d'ailleurs de la manière la plus certaine.

En effet, selon un arrêt de la Cour de cassation (Ch. des requêtes) en date du 28 avril 1925 (affaire Rozan), le caractère d'ordre public de la loi sur les accidents du travail qui interdit en principe de déroger à ses dispositions par une convention privée, doit être restreint aux conventions ayant trait aux rentes en cas de décès ou d'infirmités permanentes, il est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques. *Il est donc possible de déroger au principe du tarif limitatif par une convention intervenue entre le patron et le médecin traitant de l'accidenté. Si le patron s'engage soit expressément, soit tacitement à payer le médecin selon le tarif de droit commun, cette convention est valable et fait la loi des parties. C'est au reste ce qu'avait décidé la Cour suprême à l'occasion de l'arrêt précité. Or, que se passe-t-il, lorsqu'un patron agriculteur victime d'un accident du travail et adhérent à la législation de 1898 vient trouver le médecin ? Ce client cumule à la fois la qualité de patron et d'accidenté. Lorsqu'il contracte avec le médecin, il s'engage soit tacitement, soit expressément sur les bases du droit commun. Cet engagement tacite peut être déduit par le juge des circonstances dans lesquelles il a été fait appel au médecin et peut suffire à justifier de la part de ce dernier un recouvrement d'honoraires calculés en tenant compte des ressources réelles du client. Mais il est de beaucoup préférable que l'engagement soit exprès et que la preuve puisse en être rapportée par le médecin en cas où des difficultés viendraient à se produire ultérieurement à ce sujet.*

Donc l'attitude pratique du médecin traitant d'un exploitant agricole adhérent à la legislation du travail doit être la suivante : dans tous les cas où les ressources réelles de ce client justifient des honoraires dépassant le tarif ministériel, le médecin doit exiger de son client préalablement au traitement, qu'il accepte les conditions du tarif de droit commun et doit se réserver une preuve écrite de cet engagement. Il appartiendra ensuite au patron de se faire payer par l'assurance les prestations légales dans les limites du tarif ministériel.

Lorsque l'accidenté n'est plus le patron, mais son fils, sa femme ou un membre de la famille travaillant avec lui, la question prend un autre aspect. Il s'agit là en effet d'un accidenté n'ayant plus la qualité de chef d'entreprise et contractant avec le médecin qu'il choisit dans le cadre de la loi sur les accidents du travail, il ne peut être fait échec aux dispositions légales relatives au tarif limitatif que si le médecin peut rapporter la preuve d'un engagement exprès ou tacite du patron de payer selon le tarif normal. L'engagement tacite peut résulter des conditions dans lesquelles le médecin a été appelé à donner ses soins (par exemple, un médecin appelé ou choisi par l'exploitant agricole lui-même qui accompagne son fils lors du traitement, car c'est à lui que le médecin fait confiance). Mais là encore, il est préférable que l'engagement soit exprès et que le médecin se soit ménagé une preuve écrite.

AUTOMOBILISME

Peut-on ajouter de la naphtaline à l'essence ?

J'ai une Citroën (7 économique, modèle 1939, vraiment économique, puisqu'elle ne me consomme que 10 litres à 10 l. 5, *en tournée*, avec l'essence actuelle). Ce moteur vient d'être refait et, à défaut de vacomix ou autre préparation semblable, j'ajoute à l'essence un peu d'huile de vaseline.

Est-il exact que j'aurais intérêt à ajouter également à l'essence de la naphtaline, préalablement pul-

vérisée ? Il paraît que certains produits mis en vente avant la guerre pour addition à l'essence n'étaient que de la naphtaline en comprimés et que cela permet une légère économie d'essence en augmentant la puissance du moteur ? ?

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet. Si je dois ajouter de la naphtaline, quelle est la proportion ?

Dr D.

Réponse

La naphtaline, non plus que les divers ingrédients que l'on mélangeait autrefois à l'essence et qui prétendaient avoir, au moins sur le papier, la propriété d'augmenter la puissance du moteur en permettant une économie de carburant, ont un effet pratiquement nul sur la marche des moteurs. Je ne peux par conséquent que vous conseiller de vous abstenir de leur emploi.

La naphtaline peut cependant être considérée comme un combustible, mais, pour qu'elle apporte une énergie appréciable à l'essence, il faudrait en dissoudre une proportion importante, ce qui n'est pas sans inconvénient. La naphtaline peut, en effet, se déposer sur les canalisations et provoquer même un encrassement des organes du moteur.

Roulez donc au carburant normal et vous vous en trouverez bien, d'autant plus qu'il me paraît bien difficile de diminuer la consommation déjà fort réduite de votre voiture.

Henri PETIT.



Demandes et offres

Nº 11. — A céd. poste méd. pro-ph. imp. pays de Gex, Ain occ. exig. modér. paiem. compt.

Nº 12. — Ain, exc. client. méd. gle et radio en plein rendem. très pressé.

Nº 13. — Clin. chir. départ. Creuse dem. infirmière soign. même début. ou ne posséd. pas dipl. Etat. Urg. Ecr. avec référ. journ. transm.

Nº 14. — Méd. cherche poste à créer ou collab. avec méd. surch. rég. indif.

Nº 15. — On rech. table de radiodiagnostic et si poss. générat. statique. Faire off. avec prix compt.

Nº 16. — Cherche appar. radioscopie, graphie en bon état Dr Avrilleaud, à Varennes-sur-Loire, (M.-et-L.).

Nº 17. — Banl. Sud, 3 km Paris. A vend. pavill. 7 p. sous-sol, jard. tt conf. Force, salle-bains inst., 200 m. gare possib. repr. client. dentiste ou créer client. médic. oto-rhino ou radiol.

Nº 18. — Chir. de prov. cherche pour ses enf., 7 a., 4 a., 16 m. nurse expérim. Référ. exig. Ecr. bur. journ. transm.

Nº 19. — Cherche Encyclopédie Médico-Chir. Collect. compl. ou traité particul. Ecr. Bur. journ. transm.

Nº 20. — Nurse ou gouvern. enf. demand. urg. Dr R. Bretton à Annemasse (Hte-Savoie).

Nº 21. — Cause santé, cherche remplaçant longue durée. Cess. évent., méd. gle, ch.-lieu cant. rég. centre, auto, logem. Auc. indemn. Urg. Ecrire journ. transm.

Nº 22. — Dans ville Yonne, poste méd. à repr. après décès, cess. instr.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & Cie. Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-1
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044


CHLORO-CALCION
CHLORO-CALCION
Solution titrée de Chlorure de Calcium
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites. Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorragies
DÉCHLORURANT
Albuminuries Néphrites Œdèmes
Ascite. Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON
LABORATOIRES P. MICHEL
Rue du Colonel-Moll, PARIS

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — Nos 5 et 6 — MARDI 1er FÉVRIER 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — Le No 5 frs — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél.: TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Bureau de l'Académie.* — Le Docteur Georges BROUARDEL est élu vice-président pour l'année 1944.

Le Docteur PAGNIEZ est élu secrétaire annuel.

— **Ecole de médecine de Dijon.** — M. DE GIRARDIER, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de pathologie externe, en remplacement de M. Barbier, décédé.

M. OLIVIER, professeur suppléant, est nommé professeur de Clinique médicale.

— **Ecole de médecine de Tours.** — M. FROMENTY est nommé professeur de médecine légale et sociale, en remplacement de M. Chevé, retraité.

M. A. RICHARD est nommé professeur suppléant de Clinique chirurgicale, obstétricale et pathologie externe.

— **Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.** — M. GRIMAULT est nommé professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicales.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'assistant en médecine.* — Sont nommés, à la suite du dernier concours, assistants en médecine des hôpitaux de Paris : MM. VELTI, BRUMPT, Mme LAMOTTE, WOLFROMM, VIALATTE, DURET, LAFON, LAJOUANINE, LOEPER, TETREAU, Mlle FEDER, VIGUIÉ, VIGNALOU, PAILLAS, CHEVALLIER, AUSSANNAIRE, DEUIL, Mlle RIST.

— *Concours spécial d'internat.* — Un concours spécial d'internat (places vacantes le 15 avril 1944) réservé aux externes des promotions 1938 et antérieures ayant été mobilisés et n'ayant participé à aucun des concours ouverts depuis le 1er octobre 1941, commencera le 21 février 1944. Inscriptions jusqu'au 1er février inclusivement.

— **Maison de Saint-Lazare.** *Internat.* — Un concours pour la nomination de trois internes titulaires et de six internes provisoires à la Maison de Saint-Lazare aura lieu le 6 mars 1944. Inscriptions à la Préfecture de police, direction du personnel, jusqu'au 5 février.

— **Hôpitaux de Dijon.** — Un concours pour un poste de chirurgien-urologiste adjoint et un poste de chirurgien-adjoint (chirurgie infantile) des hôpitaux de Dijon) aura lieu en avril 1944. Le concours comprendra une épreuve sur titres, des épreuves théoriques et pratiques de spécialité et une épreuve de chirurgie générale d'urgence. Les dossiers de candidature devront être adressés à M. le Directeur régional de la Santé, 3, Place Ernest-Renan, à Dijon.

— **Hôpital Saint-Joseph.** *Internat.* — Un concours sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe), le *lundi* 13 *mars* 1944, pour la nomination d'au moins six internes titulaires, et s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : externe des hôpitaux de Paris, interne d'une ville de Faculté, interne d'une Ecole de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 8 mars 1944.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. 120 fr. | Etudiants..... 80 fr.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — Le bureau pour 1944 est ainsi composé : M. Lemierre, président ; M. Clovis Vincent, vice-président ; M. Huber, secrétaire général ; M. Mauric, trésorier ; MM. Fouquet et Brouet, secrétaires annuels.

— **Société de médecine de Paris.** — M. le Docteur Pierre Prost est élu président de la Société de médecine de Paris pour 1944.

— **Enseignement des hôpitaux libres.** — M. le Docteur G. Luys a fait le 14 janvier, à l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, une conférence sur : Pathogénie et prophylaxie de l'hypertrophie de la prostate, avec projections.

— **Comité national de l'enfance.** — Le Docteur Lesné, membre de l'Académie de médecine, a été élu président du Comité national de l'enfance, en remplacement du Professeur Nobécourt.

Dans la Journée d'études du 9 décembre 1943, le Comité a entendu plusieurs rapports relatifs à l'orientation professionnelle. Il a émis un vœu concluant à la nécessité de « donner à la famille, éclairée par les éducateurs et par les médecins, le rôle, qui lui appartient en propre, de décider de l'orientation de l'enfant, en tenant compte des désirs de celui-ci et des besoins de l'Economie nationale. »

— « **Médecine et Famille** » continue à se préoccuper de tous les problèmes qui peuvent retenir l'attention des médecins pères de famille.

Le Conseil a diffusé les études concernant les problèmes pédagogiques.

Sur les questions matérielles, le Conseil a retenu un projet d'assurance groupement rente viagère-Education qui peut compléter le bénéfice des allocations familiales désormais étendu aux orphelins.

Les médecins parisiens qui ont adhéré au Comité de cultures collectives des Associations de familles nombreuses par l'intermédiaire de « Médecine et Famille » ont reçu, entre autres denrées, une attribution de 100 kgr. de pommes de terre. En 1944, quelques adhésions peuvent encore être recueillies de la part de confrères membres de l'Association « Médecine et Famille » et ayant quelque difficulté à assurer leur ravitaillement.

— **Ligue française d'éducation physique.** — La Ligue française d'éducation physique organise, à l'intention des médecins et professeurs d'éducation physique, sous la Direction du Docteur Balland, officiellement chargé de l'enseignement de la Gymnastique corrective, deux sessions d'information sur la Gymnastique corrective, de douze séances chacune ; ces cours ont lieu à l'hôpital Léopold-Bellan, 7, rue du Texel, à Paris, le mercredi soir, de 18 heures à 19 h. 30 et de 20 h. 30 à 22 heures, depuis le 12 janvier. Droit d'inscription : 300 francs.

Secrétariat : M. Grozelier, 8, rue du Puits-de-l'Ermite, Paris (Ve).

— **Conférence.** — Le Docteur Helmut Ruska, Directeur du Laboratoire de microscopie des usines Siemens et Halske à Berlin, a fait le 24 janvier 1944, à la Maison de la Chimie, une conférence avec projections cinématographiques sur les *méthodes et résultats de l'ultramicroscopie dans la recherche médicale.*

— **Subvention de 100.000 francs aux médecins sinistrés.** — Le Docteur Landrin a fait parvenir à l'Ordre des médecins, au nom des Laboratoires du Léniforme et de la Lénifédrine, la somme de 100.000 francs, dont moitié pour les médecins sinistrés de la Seine, et moitié pour ceux de province.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jacqueline GANTOIS-VANBOCKSTAEL, quatrième enfant du Docteur Gantois-Vanbockstael (Waten, 10 décembre 1943) ; de Marie-Chantal AUMONT, fille du Docteur Jean Aumont, médecin-inspecteur adjoint de la Santé, et petite-fille du Docteur Aumont, chirurgien des hôpitaux de Versailles ; de Claudine GRATEAU, fille du Docteur Jean Grateau (Cour-Cheverny, Loir-et-Cher, 25 novembre 1943) ; d'Anne-Marie LOUARN, fille du Docteur Georges Louarn (Landivisiau, Finistère, 25 novembre 1943) ; de Catherine RIVIÈRE, troisième enfant du Docteur André Rivière (Courchelettes, Nord) ; de Michel GOURDON, quatrième enfant du Docteur Gourdon (Saint-Chély-d'Apcher, Lozère, 22 décembre 1943) ; de Jean-Yves MULLER-FAUCHÈRE, deuxième fils du Docteur Muller (Notre-Dame-de-Gravenchon, Seine-Inférieure, 10 décembre 1943) ; de Brigitte HEEM. troisième enfant du Docteur Heem (Cassel, Nord, 16 décembre 1943) ; de Gérard HAZEBROUCK, fils du Docteur G. Hazebrouck (Chaumes-en-Brie, Seine-et-Marne, 14 décembre 1943) ; de François LOTIRON, troisième enfant du Docteur Louis Lotiron (Nevers, 6 janvier 1944) ; de Marie-France BENS, troisième enfant du Docteur Jacques Bens (Saint-Venant, Pas-de-Calais, 7 janvier 1944) ;de Roger BONNIER, fils du Docteur Bonnier (Albaretz, Loire-Inférieure, 16 décembre 1943) ; de Marie-Noëlle ROBERT, fille du Docteur Jacques Robert, médecin-lieutenant du Prytanée militaire de La Flèche, et petite-fille du Docteur Robert, de Lavoncourt (27 décembre 1943) ; de Catherine-Marie-Béatrice CHOUINARD, troisième enfant du Docteur Guy Chouinard (Essonnes, 16 décembre 1943) ; de Patrice VAN LERBERGHE, fils de Madame Jacqueline Juster-Van-Lerberghe, docteur en médecine (Paris, 10 janvier 1944) ; de Luc DELAMAIRE DE LA BILLIAIS, fils du Docteur Delamaire de la Billiais (Rennes, 28 décembre 1943).

— **Mariages.** — Le Docteur E. CADENAT, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Toulouse, a le plaisir d'annoncer le mariage de sa fille Josette avec Monsieur Jacques TREMPAT.

— Le Docteur Louis DRENEAU, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel, fait part de son mariage avec Mademoiselle Anne-Marie ROUSSEAUX. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 18 décembre 1943 en l'Eglise de Magnac-Bourg.

— Le Docteur Jean-H. LIBÉRAL, de Plouigneau (Finistère), fait part de son mariage, célébré le 11 septembre 1943 par le R. P. Chardronnet, O. M. I., en l'Eglise de Saint-Martin-des-Champs, près Morlaix, avec Madame MAILLOUX, née Joséphine CHARDRONNET.

— Nous apprenons le mariage de Monsieur Jo CHAMBON, externe des hôpitaux de Montpellier, fils du Docteur Louis Chambon, de Nîmes, avec Mademoiselle Jacqueline PICARD, fille du Docteur J. Picard. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 22 janvier 1944, en l'Eglise primatiale Saint-Trophine, à Arles.

— Le Docteur Liévin-Joinaux fait part du mariage de son fils, le Docteur Claude JOINAUX, avec Mademoiselle Diane GUILLOUD DE COURBEVILLE, docteur en médecine. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 22 janvier 1944, en la Chapelle de l'hôpital de Roanne.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur PALAS, survenue le 11 novembre 1943, à Soeix, par Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées) ; du Docteur DU SAULT, de Pont-de-Penne (Lot-et-Garonne) ; du Docteur Jacques GIRARD, chirurgien honoraire des hôpitaux de Grenoble ; du Docteur PIATOT, de Bourbon-Lancy ; du Docteur TÉDENAT, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'âge de 91 ans ; du Docteur Charles LESTOCQUOY, de Paris.

— Le Docteur Joseph Surrel (d'Usson, Loire), le Docteur Paul Surrel (de Craponne-sur-Arzon, Haute-Loire) ont la douleur de faire part du décès de Madame Marie-Louise SURREL, décédée le 3 janvier 1944, dans sa 67e année.

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de Coordination des Collèges départementaux de la Région parisienne

COTISATION DES MEMBRES DE L'ORDRE

D'une Circulaire adressée le 16 novembre 1943 par le Conseil National de l'Ordre aux Présidents des Conseils des Collèges départementaux, nous extrayons les passages suivants, relatifs à la fixation de la cotisation des médecins inscrits au Tableau n° 1 pour l'année 1944. Il n'a pas encore été pris de décision, semble-t-il, pour les médecins inscrits au Tableau n° 2.

« Vous n'ignorez pas que le nombre des infortunes médicales qu'il nous faut soulager croît de jour en jour ; le nombre des médecins sinistrés totaux augmente journellement, beaucoup de nos confrères âgés ne peuvent plus continuer l'exercice de la profession dans les conditions particulièrement pénibles qui nous sont imposées ; des veuves chargées de famille et dont les revenus se trouvent absolument insuffisants pour leur assurer une vie, même très modeste, font appel à notre générosité.

« En attendant que fonctionne — ce qui, nous voulons l'espérer, ne sera plus maintenant très long, — notre Caisse de secours et d'entr'aide, il nous faut parer au plus pressé.

« C'est pour cette raison, et afin d'avoir des disponibilités financières suffisantes, que le Conseil National, à l'unanimité, a décidé d'élever la quote-part de la cotisation du Conseil National de 150 à 200 francs ; encore une fois, il est bon que vous sachiez que ces 50 francs sont avant tout destinés à aider ceux des membres de la famille médicale qui sont actuellement dans la détresse.

« Comme vous n'ignorez pas que, légalement, c'est le Conseil National qui fixe les cotisations aux Conseils départementaux, je vous demande de toute urgence, de bien vouloir nous faire vos propositions sur le taux à fixer pour votre département, non comprise la cotisation au Conseil National, que nous ajouterons au chiffre que vous nous fournirez ».

FONCTIONNEMENT DES CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE.

Les Conseils régionaux institués par la nouvelle loi sur l'Ordre des médecins, sont, comme on sait, chargés des inscriptions au Tableau et des questions disciplinaires. Leur fonctionnement paraissant s'avérer délicat, le Ministère de la Santé vient d'adresser au Président du Conseil National, une lettre donnant quelques précisions. De cette lettre, datée du 29 décembre 1943, nous extrayons ce qui suit :

« 1° Rien ne s'oppose à ce qu'un Conseil régional puisse se réunir, alors même que tous ses membres ne seraient pas présents. A titre d'indication, je peux vous informer que le règlement d'administration publique qui doit être incessamment soumis aux délibérations du Conseil d'Etat, a établi comme quorum de séance des Conseils régionaux, le chiffre de cinq membres présents. Je crois qu'il y aurait intérêt à ce que les Conseils régionaux s'efforcent dès maintenant de respecter cette disposition, qui est appelée à revêtir force de loi.

« 2° Aucune disposition ne fixe impérativement le lieu de séance du Conseil régional : les Conseils régionaux ont donc la possibilité de se réunir dans un lieu quelconque de leur ressort. Je dois toutefois vous indiquer que, dans le règlement des Conseils régionaux, une disposition sera vraisemblablement introduite qui spécifiera que la séance ne peut avoir lieu, sauf accord des intéressés, qu'au chef-lieu de la région, *au chef-lieu du département où réside le* médecin intéressé, ou au chef-lieu des départements limitrophes. Ceci afin de préserver les droits des médecins.

« 3° En cas d'absence du Président, il peut sans difficulté être suppléé par le médecin le plus ancien présent à la séance. De même, le Conseiller juridique

peut être suppléé par un autre magistrat désigné par le premier Président du ressort.

« En ce qui concerne la suppléance du Directeur régional de la Santé, le Règlement indiquera qu'elle pourra être assurée par un Inspecteur de la Santé du département.

« Toutes ces règles peuvent être appliquées dès maintenant ».

A PROPOS DU RELÈVEMENT ÉVENTUEL DES HONORAIRES MINIMA.

Nous croyons intéressant de placer sous les yeux de nos lecteurs l'extrait ci-dessous de la lettre adressée le 26 octobre 1943 par le Ministre Secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances, à M. le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

« ...Permettez-moi de vous rappeler qu'en droit, il n'y a aucune raison pour que les tarifs des visites et consultations médicales échappent à la règlementation des prix dont la portée est absolument générale et qui s'applique, par conséquent, à tous les services et prestations aussi bien qu'aux produits et denrées. Le caractère « libéral » de la profession médicale ne saurait la faire échapper au droit commun, car de nombreuses autres professions libérales sont soumises à des dispositions tarifaires strictes dont certaines sont même antérieures à l'institution de la règlementation des prix en France.

« Je veux espérer, néanmoins, qu'il me sera possible de maintenir la procédure libérale actuellement en vigueur. Mais pour cela, je considère comme essentiel qu'elle soit appliquée dans un esprit conforme au but qu'elle se propose et aux échanges de vues qui ont précédé son élaboration. J'estime d'ailleurs, que la compréhension des nécessités sociales du moment ne peut nuire aux intérêts bien compris du Corps médical. Je vous serais, en conséquence, obligé de me donner l'assurance que vous considérez les dispositions de notre Circulaire n° 2578-82, comme toujours en vigueur, et que le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et vous-même êtes disposés, en liaison avec mon département, à effectuer sur les relèvements des tarifs minima des honoraires médicaux un contrôle strict et efficace en raison des conditions sociales actuelles et, notamment, de la politique de blocage des salaires qui atteint précisément la partie la moins fortunée de la population... ».

Conseil régional de l'Ordre des médecins (Région de Paris)

Les inscriptions aux tableaux de leur Ordre des docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes faites par les Conseils des Collèges départementaux depuis le 17 avril 1943 n'ont qu'un caractère provisoire et doivent être ratifiées par le Conseil régional. Les intéressés à qui certaines pièces indispensables sont réclamées voudront bien les adresser sans délai au Secrétariat du Conseil régional.

Les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes dont l'inscription n'aurait pas été ratifiée en temps utile ne pourraient pas voir leur nom figurer aux tableaux de l'année 1944.

Les nécessités de lettres de rappel, les visites ou les appels téléphoniques au Secrétariat imposent au personnel une perte de temps considérable et retardent son travail. Il est de l'intérêt de tous de les éviter dans la mesure du possible.

Conseil du Collège départemental de la Seine

Le Conseil National de l'Ordre des médecins ayant fixé à 200 francs la part que doivent lui verser les Collèges départementaux pour l'année 1944 ; par ailleurs, 30 francs devant être versés au Conseil régional de Paris et 20 francs à la Commission de coordination, le Collège départemental de la Seine s'est vu dans l'obligation de porter la cotisation pour 1944 à 500 francs.

Nous prions les confrères du département de faire parvenir cette cotisation, soit par chèque de banque, soit au compte de chèques postaux du Conseil de l'Ordre de la Seine. Paris 3093-01.

(*Communiqué*).

Conseil du Collège départemental de Seine-et-Oise

Le Conseil du Collège départemental de Seine-et-Oise nous prie d'insérer la lettre suivante :

Paris, le 15 décembre 1943,

A MM. les Membres des Commissions administratives des Hôpitaux de Seine-et-Oise délégués du Conseil de l'Ordre des médecins,

Mon cher Confrère,

Pour vous permettre d'exercer efficacement vos fonctions de délégué du Conseil de l'Ordre à la Commission administrative de votre hôpital, le Conseil, au cours de sa séance du 21 novembre 1943, a décidé d'attirer votre attention sur les points suivants :

1° Au moment où nous venons d'avoir la satisfaction de voir enfin des représentants du Corps médical entrer dans les Commissions administratives des hôpitaux, nous estimons indispensable que ces représentants se fassent un devoir d'observer une attitude conciliante et constructive, d'éviter toutes questions personnelles et de montrer aux Commissions administratives combien la présence d'un médecin dans leur sein est nécessaire à l'intérêt de l'hôpital.

2° Si le Conseil a cru devoir, par principe, désigner comme délégués, des médecins ou chirurgiens des hôpitaux, parce que mieux au courant des besoins de ces établissements, ces délégués ne doivent pas oublier qu'ils sont des délégués de l'Ordre des médecins et qu'en conséquence, ils doivent avoir en vue la dignité et l'intérêt des médecins en général, avant ceux du Corps hospitalier, et doivent faire passer avant toute chose, l'intérêt supérieur des malades qui reste la préoccupation majeure des Conseils de l'Ordre dans toutes les actions qu'ils entreprennent.

3° Le Règlement d'administration publique du 17 avril 1943, pour l'application de la loi du 21 décembre 1941, relative aux hôpitaux et hospices publics, en son article 14, prévoit la constitution, dans chaque hôpital, d'une *Commission consultative médicale* composée de médecins, chirurgiens, spécialistes, élus par leurs collègues.

Il y a lieu, pour vous, de veiller à ce que cette Commission consultative médicale soit nommée le plus tôt possible, et à ce que la Direction de l'hôpital ne manque pas de lui demander son avis sur l'aménagement et la répartition des Services, les grosses réparations, l'hygiène et la salubrité des locaux, l'installation technique des Services et le régime alimentaire des malades.

Vous êtes, de droit, président de cette Commission consultative médicale, mais le Conseil attire votre attention sur le fait que les avis, observations et vœux de cette Commission doivent être transmis au directeur de l'hôpital, et que ce n'est pas vous-même qui devez vous charger d'en instruire la Commission administrative ;

4° Il est indispensable que, dans chaque hôpital, la Commission consultative médicale prévue à l'art. 14 ci-dessus étudie de très près les améliorations d'ordre technique, architectural et toutes questions intéressant le fonctionnement médical (composition du personnel), de l'établissement.

Cette étude doit être faite le plus tôt possible et le Conseil départemental vous demande de lui envoyer un double du rapport que vous adresserez à ce sujet à votre Commission administrative ;

5° L'article 18 du Règlement d'administration publique prévoit que l'*admission des malades* doit être faite dorénavant *sur le vu d'un certificat du médecin traitant,* indiquant seulement la spécialité sur laquelle le malade doit être dirigé (médecine, chirurgie, etc.) et *ne mentionnant pas* le diagnostic. Ce certificat administratif doit être accompagné d'une lettre cachetée contenant des renseignements pour le médecin du Service d'hospitalisation. Cette manière de faire, qui protège le *secret professionnel,* doit être désormais soigneusement appliquée.

6° La proportion des *malades* admis *payants* à l'hôpital doit être fixée par la Direction régionale. Vous aurez à veiller à ce que cette proportion ne soit pas considérable.

Voir la suite page XIII-79

PARTIE SCIENTIFIQUE

TUMEUR VILLEUSE DU RECTUM

Par le Professeur E. Mériel (Toulouse)

Le syndrome rectal constitué par les hémorragies, la modification des selles, les écoulements séromuqueux, les douleurs, est, comme on le sait, commun à plusieurs maladies ano-rectales, ce qui rend parfois leur diagnostic différentiel assez délicat. Au nombre de celles-ci est cette tumeur d'apparence polypeuse, à qui l'aspect extérieur chevelu caractéristique a valu le nom de *tumeur villeuse*. Est-ce une tumeur bénigne comme le polype, l'adénome ou une tumeur maligne que celle qui s'accompagne des signes précédents ? Il serait parfois assez difficile de l'affirmer sans le secours de l'examen histologique. D'autre part, la transformation maligne d'une tumeur primitivement bénigne est si loin d'être rare que la plupart des auteurs considèrent la tumeur villeuse comme une forme de passage entre ces deux modes d'évolution. Il importe donc de chercher à être fixé en temps opportun pour instituer sans retard le traitement adéquat.

Un cas personnel, d'apparence bénigne par sa lente évolution et sa pauvreté en signes extérieurs, m'a montré, voici quelques années, cette transformation silencieuse vers la malignité. Tout en signalant les particularités de l'allure clinique, j'en profiterai pour dire où en est la question à l'heure actuelle, dans ces divers éléments.

J. And..., était un homme de 55 ans, fonctionnaire, de bonne santé habituelle, sans tare pathologique apparente, auprès de qui je fus appelé d'urgence, un soir de novembre 1932, pour de grosses hémorrhoïdes incoercibles, me disait-on. On me raconta qu'il avait été pris dans l'après-midi, á son retour chez lui, de violentes coliques, á forme expulsive, accompagnées d'un écoulement sanguin, ce qui l'avait obligé á se mettre au lit en m'attendant. Je trouvai là, en effet, un homme pâli, angoissé, souffrant et fort préoccupé d'une tumeur issue de l'anus par un effort d'expulsion, et que j'aperçus pendante entre les fesses, comme un battant de cloche. Cette tumeur d'aspect piriforme avait le volume d'une orange, de couleur rouge brun, présentant à sa surface une série de cercles concentriques, bourgeonnants, sous forme de franges plus ou moins flottantes. Ces franges ressemblaient à un chevelu de villosités intestinales. De prime abord, on pouvait penser à un gros prolapsus hémorrhoïdaire ou à un polype ano-rectal. Mais en écartant délicatement quelques franges, on apercevait au centre l'orifice anal dans lequel l'index pouvait assez librement s'engager. La tumeur était assez molle au palper et ne reposait pas sur une base indurée.

Après ce rapide examen, je fis transporter le malade á la clinique pour pouvoir l'examiner plus en détail. Là, je pus en effet me rendre mieux compte par le toucher et par le speculum de Nicaise des rapports de la tumeur avec la paroi ano-rectale. La tumeur était sessile, largement implantée sur plus de la moitié de la paroi intestinale, en grande partie évaginée hors de l'anus avec la tumeur qu'elle portait. Cette exploration au doigt et au speculum ayant ramené un écoulement séro-sanguinolent, je ne la poussais pas pour l'instant plus avant. Au surplus, elle ne m'aurait pas apporté de plus substantiels renseignements. L'interrogatoire, par contre, m'apprenait qu'il y avait depuis quelques années, des alternatives de constipation et de diarrhée et, dans ces derniers mois, par moments, des écoulements séro-sanguinolents, qui obligeaient J. A. à se garnir et qu'il mettait volontiers sur le compte d'hémorrhoïdes internes. A part quelques crises de dyspnée, pas d'amaigrissement, pas de perte d'appétit, pas de fatigue générale puisque, jusqu'à ce jour, J. A. avait pu continuer régulièrement ses fonctions au Palais.

Je terminai mon examen par une biopsie en deux points différents de cette masse bourgeonnante, dont l'une prise au voisinage de la muqueuse rectale saine, et je prescrivis un traitement calmant d'attente. Deux jours après la réponse histologique était qu'il s'agissait bien d'une tumeur bénigne, d'aspect polypeux, mais présentant par places des zones de transformation épithéliomateuse. (tumeur villeuse banale à épithélium foncé ; sur les bords, hyperplasie glandulaire à développement végétant, nombreuses cinèses sans monstruosités cellulaires et sans tendance à l'infiltration). Dès lors s'imposait la résection du segment ano-rectal porteur de la tumeur. J'en fis assez facilement adopter le principe au malade et à son entourage. Pour le préparer à cette intervention, il fut décidé que le malade, sur sa demande, irait garder chez lui le repos au lit, avec applications locales de compresses chaudes et une médication pour sa dyspnée. Sous cette influence, une certaine atténuation des symptômes s'était produite dans la huitaine, et le malade se disposait à revenir à la clinique, lorsque dans la nuit des accidents cardiaques l'emportèrent presque subitement.

En dépit de sa malheureuse terminaison, cette observation fut pour moi pleine d'enseignements. Et d'abord le diagnostic différentiel d'avec le prolapsus hémorrhoïdaire et la polypose rectale avait pu être porté cliniquement et confirmé par l'histologie, laquelle avait ensuite annoncé la transformation maligne. Il n'est pas superflu de rappeler que ces curieuses néoformations passent pour exceptionnelles aux yeux de beaucoup de chirurgiens, qui les confondent avec les polypes ano-rectaux. A la suite de Rokitansky, Gant, Strauss, Kelsey et Fink considérèrent cette tumeur comme une simple variété d'adénome. Il faut arriver aux travaux de Quénu et Landel, en 1899, de Quénu et Hartmann, et surtout à la thèse de Lambling (1929), qui fait autorité en la matière, pour que l'autonomie histologique et clinique de la tumeur villeuse, si curieuse par son aspect, devienne un fait acquis. Ce qui d'après Lambling différencie le processus villeux de l'adénomateux, c'est que les prolongements villeux poussent en hauteur au-dessus du niveau des épithéliums de revêtement de l'intestin, tandis que l'adénome produit des tubes glandulaires aux dépens de la partie profonde des glandes de Lieberkühn, tubes qui se développent en profondeur dans l'intérieur du tissu conjonctif. « Il est donc incontestable, dit-il, que la tumeur villeuse existe en dehors de toutes proliférations à type adénomateux ». Cependant, entre les tumeurs à type adénomateux pur et les tumeurs villeuses, on a observé des tumeurs dans lesquelles la prolifération villeuse était associée à une réaction adénomateuse.

La tumeur villeuse est donc une néoplasie d'un type spécial, puisque, après une longue évolution bénigne, elle aboutit tardivement, mais presque fatalement, à la dégénérescence maligne. C'est ce qu'il advint dans le cas que je rapporte, qui se trouvait,

histologiquement parlant, sur la zone frontière de la malignité. Aussi cette lente évolution bénigne ne permet-elle pas de se faire une idée bien nette des signes de début. Chez une malade de Lambling, les premiers symptômes remontaient à 32 ans, et le diagnostic clinique n'avait été fait que 18 ans après le début clinique, à l'occasion de l'expulsion spontanée de fragments tumoraux, que l'examen histologique montra appartenir à une tumeur villeuse bénigne. Cette élimination spontanée se fit par fractions pendant trois ans, puis cessa, ce qui fit croire à une guérison, lorsque dix ans plus tard, une nouvelle expulsion de débris accompagnée de symptômes rectaux révéla l'existence d'un cancer du sigmoïde. Voilà une démonstration frappante de l'évolution lente se terminant par la dégénérescence maligne. A. Bensaude relate deux autres cas où la durée fut de 32 et 47 ans ; ils sont cités à titre exceptionnel assurément mais tout de même ils suffisent à illustrer la lenteur possible de l'évolution.

Les caractères physiques de cette singulière tumeur ont été bien établis par R. Bensaude, Cain et Lambling. Son volume serait habituellement celui d'un œuf de pigeon ; dans mon cas, il était plus du double, celui d'une orange. De plus, si elles sont souvent sessiles, elles peuvent avoir tendance à se pédiculiser (Duval et Gatellier). C'est enfin une affection de l'âge avancé, frappant indifféremment les deux sexes et s'observant d'habitude chez les constipés. Après la soixantaine, ces tumeurs, quand elles sont peu volumineuses, peuvent être confondues avec le cancer.

Les signes fonctionnels sont ceux d'un polype: *hémorragies* (3/4 des cas R. Bensaude) *gêne de la défécation*, *écoulements muco-purulents*. Il peut arriver que ce soit l'hémorragie qui attire l'attention (Baumel) quoiqu'elle soit rarement un accident du début (A. Bertrand). Elle peut même faire parfois totalement défaut ou être discrète et réduite à quelques gouttes de sang répandues en stries sur les selles, et n'apparaissant alors que tardivement après les autres symptômes fonctionnels. On a noté enfin des cas où l'hémorragie est liée directement à un traumatisme local, à l'expulsion de fragments de tumeur ou à un prolapsus à travers le sphincter anal (A. Bertrand et cas personnel). Dans les trois cas de Baumel (*in* thèse Bertrand, Montpellier 1942), cette hémorragie a permis de découvrir et de traiter une tumeur villeuse un mois et demi après le début *apparent* de la maladie.

L'autre symptôme, l'écoulement muco-glaireux, par sa fréquence et son importance est de si haute valeur qu'on peut le considérer comme caractéristique. C'est une sécrétion claire, transparente, un peu visqueuse, combinée à des amas gélatineux, glaireux, comme du blanc d'œuf, aspect en somme qui ne rappelle pas les sécrétions muco-purulentes du cancer ou des rectites chroniques. De plus, il s'y ajoute de fausses envies d'aller à la selle, mais jamais de ténesme, ni de brûlures anales, comme dans la dysenterie, avec laquelle on pourrait la confondre. Une constipation fréquente ou de la diarrhée, plus exactement fausse diarrhée produite par une abondante sécrétion séro-muqueuse, telles sont, avec assez d'inconstance, les modifications des selles.

L'élément *douleur* passe au second plan, tant l'indolence est prolongée. A peine signale-t-on une sensation de pesanteur ou de corps étranger après les garde-robes, parfois même à ce moment quelques douleurs abdominales avec paroxysmes.

Enfin, l'*état général* est conservé, ce qui fait écarter l'idée d'un cancer ; mais le diagnostic ne sera complet qu'après d'indispensables explorations (toucher rectal, rectoscopie, biopsie). Le toucher rectal paraissait un peu superflu dans mon cas, puisque la majeure partie de la tumeur était hors de l'anus ; mais il n'en aurait pas été de même dans le cas de tumeur intra-rectale. Si celle-ci est sessile, l'index perçoit une saillie molle, dépressible, à contours fuyants. Il semble que « le doigt pénètre dans une masse gélatineuse donnant l'impression de replis muqueux ». (Bertrand). Cet ensemble de végétations est parfaitement souple et mobile sur une base un peu élastique sinon indurée. Mais si la tumeur est pédiculée, il sera possible de suivre les contours de l'insertion, un peu plus ferme que la tumeur mais sans pouvoir en préciser l'étendue comme dans le polype ou le cancer. La tumeur elle-même donne la sensation de fermeté, d'élasticité, à surface granitée et fine, le plus souvent mobile sur les plans profonds. La muqueuse voisine est souple. Enfin le doigt devra par prudence rechercher s'il n'existe pas dans le voisinage de petites tumeurs aberrantes, qui pourraient être l'origine d'une récidive. Le rectoscope vient compléter ces données. Il fait apercevoir un amas glaireux et filant, derrière lequel on distingue la coloration rosée de la tumeur. Une fois débarrassée de cet enduit glaireux, celle-ci devient plus visible, et l'on y distingue ce fin chevelu des villosités qui lui donne un aspect velvétique (Ménégaux). Les villosités de surface peuvent être isolées ou flottantes ou agglutinées en bouquet (un cas de Baumel). Il est à remarquer que le volume de cette tumeur ne gêne pas l'introduction du tube explorateur, car elle s'efface, s'aplatit sur la muqueuse, sans provoquer ordinairement d'autre hémorragie qu'un fin piqueté sanglant, mais on en a vu de plus importantes (Duval et Gatellier).

Ainsi un examen par le rectoscope et le toucher rectal fourniront déjà de suffisants éléments pour différencier cette tumeur villeuse d'un paquet hémorrhoïdaire, d'une colite ou d'un cancer. L'erreur inverse s'est produite dans deux cas (Bertrand), où on avait cru à un cancer rectal, pour lequel l'ablation du segment rectal s'imposait, alors que dans une tumeur villeuse — au moins au début, c'est-à-dire au stade de bénignité — elle peut être évitée. Les signes physiques décrits plus haut ne sont pas en effet en faveur de l'épithélioma.

Mais si la clinique apporte déjà des éléments importants pour le diagnostic, le dernier mot restera évidemment à l'histologie.

Cette *biopsie* est, en effet, *indispensable* soit pour préciser la nature de la tumeur, soit pour saisir la transformation maligne de cette tumeur primitivement bénigne. Mon cas était précisément une de ces formes de passage, et cela m'a permis de poser l'indication d'exérèse.

Cette biopsie devra s'effectuer sur les bords de la végétation, de façon à intéresser un fragment de muqueuse saine comme terme de comparaison. Sauf dans le cas de rectite aiguë, où la biopsie est contre-indiquée, celle-ci ne présente pas de danger en tant que hémorragie ou essaimage de parcelles tumorales. Avant toute transformation, on reconnaît les franges villeuses insérées sur le chorion et possédant chacune un axe conjonctif et un revêtement épithélial à une seule couche mucipare, abondante. On reconnaîtra la transformation maligne si l'épithélium des villosités se stratifie et émet des bourgeons pleins, qui atteignent rarement la musculeuse. En même temps, disparaît la transformation mucipare des cellules (Ménégaux).

Macroscopiquement, les caractères sont des plus nets : sessiles ou pédiculés, de volume variable, uniques ou plus fréquemment multiples, ces tumeurs ont une surface végétante, de consistance un peu molle. Parfois cependant l'aspect villeux n'est pas nettement apparent, on ne remarque alors que de

petites saillies papillaires beaucoup plus épaisses que ce chevelu villeux, qui n'est alors mis en évidence que par l'examen histologique. Sur la coupe, on voit que la tumeur sessile ou pédiculée se développe par mode dichotomique, dont les ramifications se rendent aux lobes ou aux lobules (A. Bensaude). Dans la forme sessile, chaque enveloppe villeuse s'implante sur un lobule, qui s'insère directement sur la muqueuse. Dans tous les cas, la tumeur demeure superficielle, la muqueuse rectale voisine qui, par ailleurs, conserve ses caractères normaux de souplesse, d'aspect et de coloration, fait brusquement place aux végétations villeuses, qui s'élèvent dans la lumière intestinale sans pénétrer dans les couches sous-jacentes du chorion et de la musculeuse. En définitive, il y a là des signes suffisants pour distinguer la tumeur villeuse, d'avec les polypes (rares chez le vieillard) et d'avec le cancer végétant, à base toujours indurée.

Par contre, l'*examen radiologique* n'apporte ici aucune précision, car la mollesse habituelle de la masse ne s'oppose pas au remplissage de l'intestin. Et même s'il se forme une image lacunaire, rien ne la différencie de celle des néoplasies malignes. On peut donc dire que la radiographie montre l'existence d'une tumeur, sans plus faire présumer sa nature.

L'évolution de ces tumeurs est caractéristique par sa longue durée. On cite le cas de l'une d'elles, observée pour la première fois pendant l'enfance, qui ne se traduisit pendant 30 ans que par de petites hémorragies discontinues. Elles ont cette autre particularité de récidiver sous la forme bénigne, même de longues années après une intervention que l'on pourrait croire complète (A. Bensaude). Elles ont aussi le caractère de dégénérer plus vite que les tumeurs primitivement malignes. Mais il ne faut pas perdre de vue que c'est la transformation maligne d'une tumeur d'abord bénigne qui s'est observée dans 45 % des cas, d'après les 33 observations de R. Bensaude, Cain et Lambling. En effet, après une période de bénignité histologique et clinique, cette tumeur prend plus de fermeté, saigne plus facilement et s'efface moins facilement au passage du rectoscope. Il semble cependant, d'après A. Bensaude, que le pronostic de ces tumeurs bénignes dégénérées soit moins sombre que celui des tumeurs, observées histologiquement dégénérées au premier examen. La proportion de dégénérescence des tumeurs villeuses, paraît plus importante que celle signalée par Lambling en 1928, puisque A. Bensaude a pu suivre quelques-unes des maladies étiquetées tumeurs bénignes, dont la malignité s'est ensuite affirmée avec le temps (16 dégénérées sur 21 cas), si bien que la proportion passerait de 45 % à 76 %. On voit combien le pronostic doit comporter de réserves, et par suite amène à envisager une intervention aussi immédiate que possible. Celle-ci peut être physiothérapique ou chirurgicale.

Baumel (d'après Bertrand) considère la diathermocoagulation comme la méthode de choix ; en effet, elle ne nécessite pas d'anesthésie, entraîne peu d'hémorragie, et provoque à peine une légère élévation thermique le premier soir par résorption de tissus brûlés. Au contraire, A. Bensaude accuse cette méthode de laisser la porte ouverte aux récidives, car souvent subsistent de petites villosités et en tout cas, un placard induré à la place du pédicule « il paraît même possible, ajoute-t-il, que, dans quelques cas l'emploi de ces méthodes physiothérapiques ait hâté le dénouement ». Les constatations rectoscopiques de Baumel contrediraient cette critique. La destruction doit être faite, selon lui, méthodiquement, plan par plan, en plusieurs séances, de façon que toutes les villosités soient sûrement coagulées. Les insuccès proviendraient de la non-observation stricte de ces règles. Les avis restent donc partagés.

On n'obtiendra pas de meilleurs résultats avec le radium ou avec la radiothérapie profonde (A. Bensaude). On n'y aura recours que dans les cas de contre-indication du traitement chirurgical, telle que la faiblesse trop grande des malades (Quénu).

La chirurgie nous offre l'ablation de la tumeur par les voies naturelles après dilatation, opération aisée de faible mortalité ; aussi demeure-t-elle le meilleur traitement des tumeurs villeuses au stade de bénignité histologique, voire même de certaines tumeurs dégénérées (A. Bensaude, Duval et Gatellier, Ménégaux). Autant que possible, la résection devra enlever une bonne couronne de muqueuse autour du point d'implantation. Si elle était trop volumineuse, comme chez mon malade, on se résoudrait à l'amputation du rectum ou à la résection par voie périnéale. Enfin, toute récidive de tumeur histologiquement bénigne doit être largement réséquée, attendu que la transformation maligne a été en pareil cas observée accélérée. C'est, en effet, un caractère bien curieux de ces tumeurs bénignes, à l'inverse des autres tumeurs bénignes, tel l'adénome solitaire, qui sont susceptibles de dégénérer ; toutefois leur ablation bien localisée suffit à écarter toute crainte de récidive. Pour toutes ces raisons, la tumeur villeuse demeure une affection, qui a des caractères bien particuliers, qui la feront distinguer de la polypose ou du cancer.

PEUT-ON DONNER DES SULFAMIDES AUX NOURRICES ?

Bien des fois, des praticiens se sont demandé si, au cours d'affections médicales aiguës survenant chez des femmes allaitant leurs enfants, il était possible de prescrire à la mère des sulfamides sans inconvénient pour le nourrisson. A cette question souvent posée, on peut maintenant répondre affirmativement, après lecture et critique des travaux faits dans ce domaine jusqu'à ce jour.

La première référence bibliographique sur ce sujet remonte déjà à cinq ans. Les auteurs n'avaient pas seulement en vue l'étude de la présence des sulfamides dans le lait, mais dans les différents organes. Plusieurs travaux étrangers parurent ensuite sur cette question, *portant en général* sur le taux et la rapidité d'excrétion des sulfamides par le lait humain. La plupart n'ont d'ailleurs qu'une valeur plus expérimentale que pratique. Enfin, récemment (le 7 juin dernier). M. J. Bret a fait une communication à la « Société de Gynécologie et d'Obstétrique ». Intitulée « Dosages des sulfamides dans le lait de femme », elle constitue une mise au point parfaite qui éclaire d'un jour nouveau la possibilité de prescrire des sulfamides aux nourrices.

L'auteur a fait lui-même les dosages, dont il cite les chiffres, et il a suivi régulièrement les malades et les nourrissons.

De ses recherches, on peut tirer plusieurs constatations. Tout d'abord, l'apparition des sulfamides dans le lait est rapide : une heure après environ. De plus, la concentration du lait maternel en sulfamides libres est inférieure à la concentration sanguine d'environ un tiers à la moitié. Les examens faits dans le sang du nourrisson montrent qu'il ne contient que des traces de sulfamides. M. Bret conclut en disant que : « Nous n'avons jamais observé de troubles chez les enfants pouvant être attribués à l'usage des sulfamides chez la mère. La dose maximum que peut

absorber un enfant, élevé au sein est de 4 à 5 milligr. par 24 heures. C'est insuffisant à la fois pour entraîner une intoxication et pour escompter un effet thérapeutique ». Ajoutons pour être objectif que l'auteur n'a fait des dosages de lait qu'avec le 2090. Cependant, MM. Pinto et Pratt, qui eux se sont servis de la sulfanilamide ou de son dérivé acétylé, sont arrivés à des taux identiques dans le sang et le lait maternels.

Pratiquement, on peut donc conclure de toutes ces expérimentations et de tous ces dosages que le risque d'intoxication du nourrisson par des sulfamides maternelles est presque impossible, *au moins en ce qui concerne les sulfamides qui ont servi aux etudes faites jusqu'à maintenant.*

Il serait intéressant que toutes les sulfamides susceptibles d'être données à des nourrices soient l'objet des mêmes recherches pour que l'on puisse avoir une opinion définitive et complète sur les limites et les possibilités de la sulfamidothérapie chez les femmes allaitant leurs enfants.

Pierre LABIGNETTE
Chef du Laboratoire de la Maternité de l'hôpital Bretonneau.

COMAS CHEZ L'ENFANT

Appelé le 28 août 1943 pour examiner un enfant qui « dormait depuis deux jours », nous trouvons un jeune garçon de 5 ans dans le décubitus dorsal, qui a l'air de sommeiller. Son visage est un peu coloré ; sa respiration est silencieuse tout en étant rapide ; la température est à 39, le pouls à 120. Le corps est complètement inerte, la conscience abolie ; toute sensibilité a disparu. Son haleine n'exhale aucune odeur spéciale. On ne relève aucune trace d'ecchymose, de contusions ou de plaies. Il y a incontinence des urines ; les membres sont flasques, retombant lourdement sur le lit. Les réflexes tendineux sont abolis ; le signe de Babinski est en extension des deux côtés. Il n'existe aucun signe de Kernig. L'œil n'a aucune réaction à la lumière. On ne constate aucune paralysie faciale.

Ce coma a débuté brusquement voilà deux jours : l'enfant, en train de jouer dans un champ voisin, tombe brusquement, perd connaissance : on le ramasse, le couche et malgré tous les efforts de l'entourage, l'enfant ne se réveille pas. Le médecin traitant appelé pense tout d'abord à un empoisonnement. Après enquête, on s'aperçoit qu'il manque cinq comprimés de un centigramme de gardénal ; vu l'âge de l'enfant, on ne s'arrête pas à ce diagnostic.

Cet enfant, venant de Paris, avait été mis depuis une semaine en nourrice. Dans ses antécédents, on relève une simple rougeole quelques mois avant.

Nous faisons transporter ce petit comateux à l'hôpital. La ponction lombaire donne un liquide clair hypertendu. Et l'enfant meurt douze heures après, avec le diagnostic, fait à l'hôpital, de méningite tuberculeuse ; ce qui nous évite de donner des instructions de désinfection à la nourrice.

Plus tard, nous obtenons l'examen du liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,24 ; lymphocytes 10 ; sucre : 0,70 ; chlorures : 7 gr.

Quinze jours après, le 13 septembre 1943, nous sommes rappelés, dans la même maison, pour un enfant qui vient de s'endormir ; c'est la fille de la nourrice, âgée de 4 ans : elle titube dans la cour et tombe. L'enfant n'avait jusqu'ici présenté que quelques troubles digestifs et une rougeole au printemps dernier.

Nous trouvons une enfant dans son lit, qui semble dormir d'un sommeil calme ; la respiration n'est pas bruyante, les téguments sont normalement colorés. La température est à 38°. Le corps est flasque sans aucune contracture. Pas de signe de Kernig. Les réflexes tendineux sont abolis ; le signe de Babinski est en extension à droite. Au pincement de la peau, on a un retrait du membre. L'œil ne présente aucune réaction à la lumière. Pas de paralysie faciale.

Une ponction lombaire, pratiquée sans troubler le sommeil de cette enfant, donne un liquide clair et fortement hypertendu ; à l'examen, albuminurie : 0,20 ; sucre : 0,60 ; chlorures : 7 gr. au litre ; lymphocytes : 1,8.

Malgré un traitement sulfaminé intensif et un abcès de fixation, l'enfant meurt trois jours après, avec une hyperthermie atteignant 42. Une désinfection rigoureuse fut faite, et là s'arrête cette pénible épidémie de comas.

Nous avons estimé que ces deux observations se superposaient : coma avec flacidité des membres, abolition des réflexes tendineux, signe de Babinski en extension, liquide céphalo-rachidien hypertendu à formule normale, enfin une même évolution, caractérisée par son extrême rapidité : nous sommes donc portés à concevoir dans cette répétition, une notion d'épidémie et nous éliminons les diagnostics de coma par traumatisme, les comas urémiques et diabétiques, les comas par intoxication. Ces comas ont débuté loin de tout foyer à combustion lente, les enfants s'amusaient au dehors ; d'ailleurs, ils ne présentaient pas sur le corps, les plaques rosées comme celles que l'on observe dans l'intoxication carbonée.

Nous éliminerons une tumeur aiguë du névraxe, de même que la syphilis. L'examen clinique ne conduit guère au diagnostic de méningite tuberculeuse ; mais surtout la ponction lombaire vient éliminer ce diagnostic ; on ne peut, en effet, parler d'hyperalbuminose et d'hyperleucocytose.

Devant ces faits se répétant à quinze jours d'intervalle, dans la même maison, avec une symptomatologie, un liquide céphalo-rachidien semblable, nous avons pensé à une même affection qui semblerait contagieuse.

Il nous faut donc préciser le diagnostic de cette infection neurotrope d'allure particulièrement aiguë dans son apparition et son évolution.

Nous ne citerons que pour mémoire les maladies du névraxe, considérées par la plupart des neurologistes comme des maladies infectieuses spécifiques et autonomes ; telles sont l'encéphalite de Schilder-Foix, la myélite aiguë et l'ataxie aiguë de Leyden.

Après toutes ces éliminations, il nous reste deux diagnostics possibles :

L'encéphalite léthargique et la maladie de Heine-Médin. L'encéphalite se caractérise par la somnolence, les paralysies des nerfs craniens, une exagération des réflexes tendineux ; la ponction lombaire donne un liquide clair qui présente une hyperglycorrachie. Dans les formes graves, le sommeil devient de plus en plus profond et la mort survient dans le coma au bout d'une quinzaine de jours.

La poliomyélite, dans sa forme classique, présente une période d'invasion, puis une période de paralysie flasque. Mais on a décrit de nombreuses formes cliniques : des formes myélitiques avec signes pyramidaux, des formes méningées, des formes cérébelleuses.

Dans nos observations, la facidité des membres sans paralysies faciales, le liquide céphalo-rachidien, nous amènerait à un diagnostic de forme exceptionnelle de la maladie de Heine-Médin, mais n'est-il pas plus sage de conclure, comme notre maître Tixier, que

le médecin ne peut « se rallier à aucun diagnostic et de se ranger à celui d'encéphalo-myélite infectieuse de nature indéterminée, en attendant que les progrès de la neuro-bactériologie viennent légitimer une attitude moins circonspecte ».

Docteur LEVERNIEUX
(de Méru, Oise).

Les Thèses

Docteur Jean-Paul ROBERT. — **La cystectomie totale, traitement d'avenir du cancer de la vessie.** (Thèse de Paris, 1943).

Dans son travail inaugural, le Dr J.-P. Robert, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté, s'est proposé de montrer que la cystectomie totale est actuellement la seule méthode capable de lutter efficacement contre les cancers infiltrant la paroi vésicale.

Cette opération est certes une intervention grave, mais c'est aussi une opération pour des cas graves. Sa gravité s'atténuera d'ailleurs si on la pratique précocement, au moment où elle est le plus apte à donner de bons résultats immédiats et lointains.

La cysteetomie totale en un temps, par voie abdominale, avec urétérostomie cutanée bilatérale par deux petites contre-incisions hypogastriques semble à l'auteur, à tous les points de vue, l'opération de choix. L'infirmité créée par la dérivation cutanée paraît de peu d'importance en face de la gravité du cancer de la vessie. L'appareillage de ces deux néostomies est comparable à celui d'une simple cystostomie.

Dr J.-A. GENDROT. — **Contribution à l'étude de l'œdème famélique.** *Etude du problème à l'hôpital psychiatrique.* (Thèse de Paris, 1943).

Les malades des hôpitaux psychiatriques ont été particulièrement atteints par les restrictions alimentaires, en raison de leurs besoins énergétiques plus grands, de leur terrain neuro-hormonal plus ou moins déséquilibré, et d'autres causes accessoires encore.

Le syndrome de faim a été fréquemment observé chez eux (amaigrissement, asthénie, polyurie, œdèmes, hypotension, etc.). L'évolution du processus, mortelle si l'on n'intervient pas, est dépendante de la thérapeutique. Cependant, il existe un stade d'irréversibilité lié à des conditions diverses (1/5e des cas environ), qui dépasse les possibilités thérapeutiques.

Le traitement est simple : clinothérapie, réchauffement, surcharge protéique alimentaire, principalement sous forme de régime lacté sucré. Le chlorure de calcium accélère la guérison.

Les Livres

Librairie MALOINE,
rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

M. LAPIPE, attaché d'électro-radiologie à l'Hôpital de Vaugirard et J. RONDEPIERRE, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — **Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électro-choc.** (Un vol., 190 pages, 1943).

On sait que l'électro-choc sert à déclancher, dans un but thérapeutique, une crise comitiale, au moyen d'un courant électrique. Pour provoquer cette crise convulsive, on fait passer à travers la boîte cranienne, un courant alternatif sinusoïdal de 50 périodes ; le travail électrique à fournir est de 15 à 80 watts, suivant les individus ; il est dépensé dans un temps allant de 1/10 à 1 seconde. Ces principes posés, les auteurs, qui ont le grand mérite d'avoir introduit cette méthode en France pour l'étudier plus complètement et la perfectionner, en exposent la technique ; ils donnent une description du premier appareil construit par eux (sismothère), puis du deuxième appareil, lequel offre l'avantage de se régler en dehors du patient, ce qui permet l'usage d'électrodes à mains. Ils décrivent ensuite la crise et les réactions physiologiques dues à l'électro-choc, son action sur la psychose, ses contrindications, indications et résultats.

Quelques pages sont consacrées aux incidents et aux accidents. Cette méthode remarquablement utile et efficace entre les mains du spécialiste en psychiatrie, ne doit pas tomber dans le domaine de la médecine générale ; lui seul sera qualifié pour reconnaître les troubles mentaux susceptibles d'être traités avec succès, et encore ne serait-il pas à l'abri d'accidents, rarement mortels heureusement, s'il ne prend pas des précautions générales.

G. F.

MASSON et Cie, éditeurs

Professeur Emile BERTIN et Claude HURIEZ, agrégé à la Faculté de Lille, avec la collaboration de Jean AUPETIT. — **Les sulfamides en dermatologie.** Un vol. 108 p., 19 tableaux, 40 francs.

Ce livre montre le parti que l'on peut espérer tirer de l'emploi des sulfamides dans le traitement des maladies de la peau.

Les auteurs formulent d'abord, de façon détaillée, les règles d'une sulfamidothérapie générale et locale des dermatoses. Ils notent les possibilités et les limites actuelles de cette thérapeutique et font un essai de synthèse de ses indications majeures et relatives. Leurs conclusions sont appuyées sur une expérience personnelle qui a porté sur 239 cas observés par eux dans les milieux les plus divers.

Livres récemment parus

Chez MALOINE
Paris-Montpellier

C. BERNARDIN. — **Botanique médicale.** Un vol. Colleetion « Les Petits Précis. » 200 p., 93 fig. 1943. Prix : 55 francs.

Jean TARNÉAUD. — **Laryngite chronique et laryngopathies.** Un vol. 140 p., 1944. Prix : 70 francs.

COMITÉ FRANÇAIS D'ÉTUDES
« PRÉVENTION ET SÉCURITÉ »,
23, rue de la Pépinière, Paris VIIIe

Le service médical d'entreprise. Un vol. 108 pages.

FICHIER DUFOUR
17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Les fiches de pratique médicale. *Mise au point*, octobre 1943.

E. LE FRANÇOIS, éditeur,
91, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe)

Dr Léon MEUNIER, avec la collaboration pratique de Mlle Madeleine ROUFFY. — **La santé par la cuisine.** Un vol. 206 p. Prix : 38 francs.

Henri SAUBEVAL (Dr H. BALMELLE). — **Pour vivre bien portant.** — Lettre préface du Professeur Baudouin. Un vol. 228 p. Prix : 40 francs.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le risque de la silicose et le travail des fonderies

(M. André FEIL ; 12-10-1943)

D'une enquête portant sur une centaine d'ouvriers, les plus exposés aux poussières, l'auteur croit pouvoir conclure que le travail en fonderie ne constitue pas, au point de vue de la silicose, un risque très grave. Seul le dessablage paraît représenter pour les travailleurs un danger réel.

Les meuleurs, les ébarbeurs-burineurs sont faiblement exposés aux poussières siliceuses ; ils sont surtout en contact avec les poussières de fonte, de fer ou d'acier. Ces poussières métalliques sont peut-être capables de déterminer, dans les poumons, des images radiologiques analogues à celles de la silicose, mais il s'agit vraisemblablement d'un tatouage des poumons et non d'une sclérose véritable.

De toutes façons, il importe de mettre tout en œuvre pour réduire le danger des poussières siliceuses dans les fonderies, en conseillant l'emploi de machines à dessabler automatiques, l'utilisation de vêtements et masques protecteurs bien conditionnés, une aspiration aussi complète que possible des poussières, etc.

Syndrome de Huguier. Nouvelle observation d'éléphantiasis anal et péri-anal tuberculeux

(M. GOUGEROT et ses collaborateurs ; 26-10-1943)

Il existe, dit M. Gougerot, trois types principaux de syndromes ano-génitaux rattachables au groupe éléphantiasique : le syndrome ano-rectal de Fournier, très rare, sans éléphantiasis d'ailleurs, ni abcès, ni fistules ; l'éléphantiasis génital, sans abcès ni fistule, généralement streptococcique ; l'éléphantiasis abcédé, ulcéreux et fistuleux, ou syndrome de Huguier, qui relève lui-même de quatre causes au moins : la maladie de Nicolas-Favre, la tuberculose, les mycoses et les microbes pyogènes. Le pronostic et le traitement varient du tout au tout dans ces différents cas.

L'auteur rapporte une nouvelle observation d'éléphantiasis anal et péri-anal relevant de l'étiologie tuberculeuse.

L'avenir des pleurétiques

(M. BRELET. — Présentation par M. NOBÉCOURT ; 26-10-1943)

M. Brelet a pu apprécier, chez des sujets suivis par lui pendant une dizaine d'années au Centre de réforme de Nantes, le pronostic *quoad futurum* de la pleurésie séro-fibrineuse. Sur un total de 400 cas, il a noté 62 tuberculoses pulmonaires ultérieures, soit 15,5 %. Le pronostic lointain de la pleurésie ne lui paraît pas, dès lors, aussi sombre qu'on pourrait le craindre, sous condition que tous moyens hygiéniques et thérapeutiques convenables soient mis en œuvre.

Le phénomène de Ranvier à la base d'une opération de la cécité : la kératocataphorase

La sclérectiridostomie. Principes de cette opération antiglaucomateuse

(M. Emmanuel CORNET. — Présentation par M. ROCHON-DUVIGNEAUD ; 26-10-1943)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Tétanos « post-abortum »

(Séance du 7-7-1943)

Plusieurs communications ont été faites à l'Académie sur cette question, par MM. Henry BELLANGER (*Tétanos post-abortum. Guérison.* Rapport de M. RUDLER), AMELINE et Jean BERNARD (*Guérison d'un tétanos puerpéral. Influence favorable de l'anesthésie du ganglion cervical supérieur*), P.-L. CHIGOT et L. CARILLO (*A propos d'un nouveau cas de tétanos d'origine utérine. Hystérectomie . Guérison.* Rapport de M. MOULONGUET), PETIT-DUTAILLIS et GUÉNIN (*A propos de trois cas de tétanos post-abortum*), MONDOR, L. LÉGER et C. OLIVIER (*Trois nouvelles observations de tétanos post-abortum*). Ces communications concernent neuf cas de tétanos post-abortum traités en 1942-1943 dans les hôpitaux de Paris, auxquels il faut ajouter huit autres cas signalés par MM. Jean QUÉNU, HEPP et SOUPAULT.

Il y a là une fréquence inobservée jusqu'alors de cette grave complication de l'avortement et ceci doit entraîner, comme le remarque M. Rouhier, la mise en œuvre de mesures préventives.

Sur les dix-sept cas rapportés, la moitié concernaient des avortements provoqués par l'emploi de crayons médicamenteux intra-utérins.

— M. BELLANGER conseille l'interdiction de la vente au public des crayons médicamenteux intra-utérins et une surveillance particulière de la fabrication de ceux à base de gélatine, dont la stérilisation insuffisante peut laisser subsister des spores tétaniques. Il recommande, d'autre part, au personnel infirmier, appelé à donner des soins aux femmes alitées, d'éviter de placer les bassins sous les lits. En cette époque de circulation hippomobile en des villes insuffisamment balayées, il y a là une possibilité de transmission des spores tétaniques. A son avis, enfin, ainsi que l'a déjà proposé M. Gatellier, il semble qu'il y ait intérêt à préconiser la vaccination anti-tétanique dans tout avortement criminel.

— M. RUDLER s'associe aux conclusions de M. Bellanger. Il ajoute même qu'il devrait entrer dans nos habitudes de faire systématiquement, en cas d'avortement provoqué, une injection préventive de sérum antitétanique, en même temps que la première injection d'anatoxine. Ce geste serait justifié par la fréquence accrue du tétanos post-abortum.

— M. Jean QUÉNU a fait adopter cette règle dans son service, pour ce qui concerne les avortements provoqués par les crayons médicamenteux.

— M. Sylvain BLONDIN remarque que l'extrême gravité du tétanos post-abortum doit nous faire regretter que la vaccination anti-tétanique ne soit pas obligatoirement pratiquée dans le sexe féminin.

— M. PETIT-DUTAILLIS appuie l'opinion de MM. Rudler et Jean Quénu. En présence d'un avortement provoqué ou présumé tel, étant donné la fréquence actuelle du tétanos post-abortum, il est capital, dit-il, qu'il soit admis que l'on fasse systématiquement une injection préventive de sérum anti-tétanique à ces malades.

Sarcome du maxillaire neuf ans après injection intra-veineuse de mésothorium

(MM. GRICOUROFF, DECHAUME et BACLESSE. — Rapport de M. ROUX-BERGER ; 7-7-1943)

Le cas relaté par les auteurs soulève à nouveau la question des accidents éloignés, qui peuvent être observés à la suite d'injections de sels radifères. On se

rappelle qu'il y a sept ans, considérant les cas de cancer professionnel rencontrés chez les manipulateurs de produits radio-actifs et à l'occasion d'une observation de M. Dechaume, de nécrose tardive des maxillaires, chez un sujet antérieurement traité par des injections de thorium et de mésothorium, M. Béclère avait conclu à la nécessité d'abandonner une telle thérapeutique.

— M. Louis Bazy attire à nouveau l'attention sur la nocivité des sels radioactifs qui peuvent créer une véritable maladie d'origine thérapeutique.

— M. Huc signale un aspect particulier de la question. On assiste, en ce moment, comme conséquence des carences diverses, à une multiplication des cas de spondylose rhizomélique, grave infirmité dont le seul traitement paraissant efficace est l'injection de sels radifères Faut-il priver les malades de ce traitement ? L'auteur ne le pense pas, en s'adressant toutefois à une cure unique et à faible dosage.

— M. Roux-Berger est d'avis que même à doses faibles, on doit jusqu'à plus ample informé, considérer comme dangereux l'emploi de ces corps radioactifs.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Le traitement mercuriel prolongé de l'aortite syphilitique

(MM. Ch. Laubry, J. Lenègre et A. Mathivat ; 11-6-1943)

Les traitements mercuriels prolongés représentent un progrès dans le traitement des aortites syphilitiques. On peut les prescrire même dans les cas d'insuffisance ventriculaire avec œdèmes, mais avec les précautions classiques (soins dentaires pour tous, repos avec administration d'ouabaïne ou de digitaline pour ces derniers). Le cyanure de mercure offre les avantages d'une élimination rapide et d'une action diurétique non négligeable, grâce auxquelles les accidents cumulatifs ne sont pas à redouter. Il améliore considérablement les troubles fonctionnels et il est très bien toléré, même par les sujets, qui ont une albuminurie légère et une azotémie un peu forte (0,50 à 0,70). Comme ce traitement doit être poursuivi presque sans interruption, il faut le réserver aux seuls cas où le diagnostic est certain.

Néphrose lipoïdique associée à des lésions pancréatiques ; examens histologiques

M. Pasteur Valléry-Radot et ses collaborateurs ; (11-6-1943)

Le cas est exceptionnel d'une néphrose lipoïdique pure, ayant évolué vers la mort sans se compliquer de néphrite. L'intérêt se trouve encore dans une infiltration lipidique plus abondante que celle des reins (graisses neutres et biréfringentes) au niveau du pancréas, des poumons, du foie, des surrénales, ceci dû probablement à un déséquilibre lipidique. L'existence, au début de la néphrose lipoïdique, de troubles intestinaux, intenses et tenaces, avec anorexie élective pour les protéines animales (tout à fait inhabituelle dans la maladie d'Epstein incite à émettre l'hypothèse que la lésion pancréatique découverte à l'autopsie, et dont la genèse est inconnue, fut à l'origine du déséquilibre lipidique des humeurs.

G. F.



La Presse

Le syndrome d'Adie

Le Docteur A. Baude rappelle que ce syndrome est constitué par une pupille tonique avec aréflexie tendineuse, sans réactions humorales de la syphilis. Il importe de le différencier soit des pupilles d'Argyll-Robertson dans les cas incomplets, soit surtout du tabès dans les cas complets. L'intérêt de différencier ces affections est très réel, tant pronostique que thérapeutique, car le synndrome d'Adie, étant bénin et non évolutif, ne réclame aucun traitement. Encore ne faut-il repérer que des cas assez typiques, où la possibilité d'une syphilis tant soit peu évolutive, puisse être rejetée avec une certitude telle qu'elle autorise toute abstention thérapeutique antisyphilitique. (*J. Sc. médicales de Lille*, 19 septembre 1943).

Passage de la para-amino-phényl-sulfamide dans le lait des nourrices

La démonstration de son passage dans le lait paraît définitivement établie. Mais, d'après les recherches de J. Chosson et M. Andrac, il semble bien que cette excrétion n'ait lieu qu'après absorption d'une quantité déjà appréciable de sulfamide. Pour des prises quotidiennes globales de 2 grammes, le dosage ne révèle souvent que des traces du produit. D'une manière générale, la teneur du lait en sulfamide serait faible, soit 1/2 mgr. à 1 mgr. pour 100 grammes de lait ; soumise à des doses quotidiennes courantes, et donnant à son nourrisson 5 à 600 grammes de lait, la femme expose celui-ci à recevoir indirectement des doses de sulfamide de l'ordre de 5 à 6 mgr. dans les vingt-quatre heures. (*La Presse médicale*, 11 septembre 1943).

L'amygdalectomie chez les porteurs de germes diphtériques

Ces sujets constituant le point de départ d'une épidémie de diphtérie dans 90 pour 100 des cas, la stérilisation des porteurs de germes constitue donc un élément capital dans la lutte contre la diphtérie. D'une manière générale, la désinfection chimique est souvent en défaut, car les germes subsistent dans la profondeur des cryptes amygdaliennes, où les agents chimiques ne peuvent les atteindre. La radiothérapie compte, elle aussi, de nombreux échecs. Quant à l'amygdalectomie et à l'ablation des végétations adénoïdes, J. Piquet et J. Duflot (de Lille) sont revenus à ces procédés pour seize sujets que la désinfection clinique n'avait pas réussi à stériliser ; peu importe le procédé (anse froide ou arrachement à la pince de Sluder), pourvu que l'exérèse soit totale et que le récessus palatin soit supprimé. Aucun incident n'est survenu ni pendant, ni après l'opération (réinoculation). L'intervention ne doit être envisagée qu'après la cinquième ou sixième semaine, puisque, dans la règle, les germes disparaissent spontanément au bout de cinq à six semaines. On peut considérer qu'en pratique, l'opération est indiquée dans le cours du troisième mois qui suit la fin de la diphtérie, si la désinfection chimique est restée sans effet.

Les résultats sont, dans l'ensemble, extrêmement satisfaisants. La stérilisation est ordinairement obtenue assez rapidement : environ huit à dix jours après l'opération, c'est-à-dire pratiquement dès que la plaie amygdalienne est cicatrisée. Des échecs peuvent cependant être enregistrés (opération incomplète ; localisation extra-amygdalienne). (*La Presse médicale*, 2 octobre 1943).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

SUR QUELQUES CAS DE MORT SUBITE

Il court depuis quelques mois parmi les médecins un genre de mort assez étrange. Les cas se répètent et, dirait-on, se répandent d'un bout à l'autre du pays. Si c'est une épidémie, l'allure en est peu ordinaire.

La maladie n'y est pour rien ou, du moins, n'y joue pas le rôle qu'on imaginerait. Au lieu de vedette, elle recule au rang de comparse, et même de complice. Le processus tient plutôt du procédé. Et toute étude semble vaine, car *la cause* de la mort excelle à disparaître aussi mystérieusement qu'elle est apparue.

En bref, c'est un drame qui se joue en quelques heures et selon le thème suivant :

Au carillon de la sonnette de nuit, le médecin se réveille. Penché à la fenêtre, il aperçoit dans l'ombre la silhouette d'une automobile, cependant qu'une voix inconnue, tremblante d'anxiété, le presse de venir sans délai à une adresse inconnue ; il s'agit d'une femme, d'un enfant en état grave.

« Je suis inquiet, docteur ; mon médecin habituel est absent et je m'adresse à vous de la part de Monsieur X., votre client. Le temps presse : je vous en conjure, venez. Inutile de sortir votre voiture : j'ai la mienne et vous ramènerai ».

A la hâte le médecin s'habille, empoigne une trousse, claque la porte derrière lui, monte en auto.

Quelques heures plus tard, à l'aube, un passant trouve sur un chemin écarté son cadavre criblé de balles.

Que, dans les tables de mortalité, la statistique inscrive un tel décès au chapitre « causes diverses », c'est son droit. Il n'est cependant pas diverses causes possibles et s'il ne s'agit pas là d'un crime, c'est que le mot n'a plus son sens.

Or il paraît que tel n'est pas le mot propre. Il faudrait voir seulement dans cette exécution sommaire, une mesure de justice on un incident dans un débat politique.

Mesure de justice ? Certains griefs, portant la marque de l'époque, seraient parfois retenus contre la victime. On demande aujourd'hui au médecin beaucoup de complaisances et de très diverses. Elles ne sont pas toutes entachées de faiblesse et certaines ont même leur grandeur puisqu'elles comportent des risques certains. Rien de plus naturel par conséquent qu'on les attende avec confiance du médecin. Mais il faut admettre aussi qu'il puisse parfois les refuser et ne pas lui imputer à crime d'être timoré. C'est une déception pour le quémandeur, et on conçoit son dépit. On ne conçoit pas par contre, qu'il en tire vengeance comme d'une insulte, ou surtout qu'il prétende se faire justice lui-même. Où irait une société dont les membres feraient ainsi payer et à leur taux n'importe quel préjudice encouru ?

Débat politique ? Toutes sortes de politiques militantes et agressives s'affrontent sur notre sol ; elles ont pris le pli de ne plus souffrir aucune contradiction. Ainsi, après tant de libertés perdues, nous nous interdisons et entre Français, la dernière et la plus précieuse : la liberté d'opinion. C'est mettre le comble à l'oppression. Il est loin le temps où nous plantions à nos frontières le fier écriteau : Ici commence le pays de la liberté . Aurions-nous admis que nous n'avons plus droit à des frontières ?

S'il faut décidément un mot d'ordre à tant de Français, je leur proposerais, pour ma part, que le mot d'ordre fût de n'en recevoir aucun. Nous avons à nous efforcer vers la cohésion, non à aiguiser des rivalités et à les pousser jusqu'à nous entretuer. Car ce n'est pas le présent où nous ne sommes, ni n'avons plus rien, qui nous importe, mais l'avenir. L'avenir que nous souhaitons peut-il se concevoir dans la haine et l'intolérance ?

Telle est du moins mon opinion de citoyen de ce pays épris d'air vif et où les dogmes imposés suscitent immanquablement les révoltes.

Pour les médecins, il est une autre face de la question sous laquelle ils doivent aussi l'envisager.

Qu'en temps ordinaire, ils expriment leur opinion sur la vie publique et qu'ils participent à celle-ci, c'est un droit et même un devoir. Ils ont leur mot à dire dans l'administration d'une commune où les problèmes d'hygiène collective et privée sont parmi les essentiels. La gestion du pays ne peut pas davantage se passer d'eux et s'ils n'avaient jamais abordé au Parlement que les sujets de leur compétence, ils y auraient tenu une place méritoire et profitable à tous. Même dans ce qui ne relève pas de leur technique, là où ils ne sont plus spécialement qualifiés, c'est encore leur droit d'intervenir pour soutenir un point de vue qu'ils estiment juste.

Mais tout cela n'est vrai qu'en temps ordinaire, lorsqu'il est admis que la contradiction fait en quelque sorte l'épreuve d'un raisonnement.

Il s'en faut que ce soit le cas présentement !

Des attentats comme ceux que j'évoque en cet article, attestent qu'en ce pays de modération et de juste mesure, les passions sont déchaînées et l'outrance ne connaît plus de freins. La paix intérieure n'est plus qu'une façade en passe de s'écrouler : nous voici virtuellement en guerre civile !

Le mot n'est pas insolite quand les armes à feu claquent de toutes parts, ni inattendu puisque, dès avant qu'elle eût éclaté, certains avaient prédit que la guerre actuelle serait une lutte non de nationalités, mais de partis. Elle l'a été de fait et l'est chaque jour davantage, même ailleurs que chez nous.

Or, civile ou étrangère, la guerre est la guerre, c'est-à-dire une crise de violence et d'arbitraire dans laquelle les hommes bafouent leurs traditions et se renient eux-mêmes. En temps de guerre, l'humanité déchoit. Jusqu'où ne descendrait-elle pas s'il ne subsistait, comme les « témoins » insérés dans une muraille qui menace l'écroulement, quelques êtres qui marquent et attestent le niveau ancien. Le médecin est de ceux-là.

Il a le privilège (si c'en est un !), disons plutôt la mission de garder la tête froide, tandis que les autres s'enivrent, de ne pas se laisser dériver de la ligne assignée, de se vouer aux victimes plutôt qu'aux facteurs de la violence. Même cette mission est si impérieuse qu'elle donne à sa profession le pas sur sa nationalité. Parmi les tumultes de la guerre, le médecin est un « témoin » de paix. C'est le moment de s'en souvenir.

Tant que nos concitoyens exhalent et assouvissent leurs haines, prendre rang parmi eux, c'est démuseler en nous la passion partisane et apporter en renfort à l'un ou l'autre camp une vague unité, aussi interchangeable que toute autre. Ce n'est que cela, c'est-à-dire peu de chose. Pour un rôle accessoire et momentané, c'est résigner l'essentiel et le perma-

nent. Car celui qui a embrassé un parti en vient nécessairement à haïr et être haï. C'est à l'heure des blessures pantelantes que le médecin intervient et des deux côtés du front de bataille. Là par convention, il incarne la miséricorde et l'oubli de toutes les divergences. Non ! en vérité, le médecin n'a pas le droit d'être un militant ; qu'il se rappelle l'étymologie du mot.

L'on m'opposera que c'est là non pas neutralité, mais abdication civique et que, il y a quelques années, je prêchais ici même tout le contraire : le devoir pour le médecin, de ne pas se cantonner dans son travail si absorbant soit-il et de jouer aussi son rôle dans la cité. Il m'en souvient ! Nous étions, en ce temps-là, un pays assommé par le coup de massue qu'il venait de recevoir, un pays vidé d'opinions et de volontés. Il s'agissait de le ramener à la conscience, de lui refaire une doctrine, de lui rendre une espérance ; et il n'était permis à personne de se dérober à de tels devoirs. Aujourd'hui..., ce n'est plus de doctrine qu'il s'agit ni de revigorer un malade. Une lutte fratricide est ouverte ; la place du médecin est à son poste de secours.

***

Ceci dit pour mettre en place quelques idées générales, et poser le problème selon ses véritables données, il est temps de revenir au particulier : le drame nocturne qui se joue, ces temps-ci, dans les campagnes françaises.

Il a toujours été admis qu'un meurtre prémédité est plus odieux qu'un autre, qu'un guet-apens dénonce la traitrise et la perfidie de l'agresseur. Que dire de l'attentat manigancé contre un homme sans défense et dont on vient d'implorer le secours ? Le mot qui soulagerait du dégoût qu'un tel geste inspire n'est pas inventé. Le lion d'Androclès léchait la main qui l'avait soulagé. L'homme abat un autre homme qui renonce au repos pour le défendre. Les fauves les plus féroces ne sont pas dans la jungle.

Depuis un an, une dizaine de médecins, à travers toute la France, ont payé de leur vie d'avoir voulu faire honneur à leur devoir professionnel. Du moins ont-ils fait honneur à leur profession. Les meurtriers n'ont pas fait honneur à la leur. Mais, si peu que ce soit, en ont-ils conscience ? Pour avilir à ce point des hommes, il faut que l'esprit de parti soit un bien redoutable poison.

En écrivant ceci, je n'ai pas eu seulement le dessein de rendre hommage à nos confrères tombés dans l'accomplissement de leur tâche. Le plus urgent est de donner l'alarme aux vivants dont certains peut-être sont portés sur les listes sinistres. Des médecins traqués ont déjà dû quitter leur poste, leur domicile, leur famille, se résorber dans la masse, masquer leur identité et quémander pour vivre des besognes d'attente. Voir en France des Français devenir des parias ! Cette Europe du XX[e] siècle nous aura comblés d'invraisemblances.

Bien entendu, il n'est pas question ici de conseiller aux médecins une peureuse dérobade devant certaines obligations parce qu'un risque supplémentaire se découvre à la profession. On est accoutumé, chez nous, à courir sa chance et la sécurité, en quelque domaine qu'on l'envisage, n'est pas pour nous. C'est une idée à laquelle mieux vaut se faire dès l'abord.

Mais fatalisme ne veut pas dire témérité et encore moins bravade. Prendre quelques précautions de sagesse est, par le temps qui court, une simple opportunité. Puisque les meurtriers ménagent leurs risques, il est bien permis aux victimes éventuelles d'en faire autant.

Souhaitons que le public se rende compte que les médecins ne méconnaissent pas le danger et que, tout en se gardant, ils savent l'affronter le moment venu.

On verrait assez volontiers les Conseils départementaux de l'Ordre intervenir par quelques lignes publiées dans les journaux locaux.

Car puisque la Justice s'avère impuissante et que le danger demeure imprécis, à qui se fier pour dissiper le malaise sinon à la conscience et au désaveu des populations ?

G. Lavalée.

L'ASSURANCE DU CORPS MÉDICAL HOSPITALIER

L'art. 112 du décret du 17 avril 1943 sur les hôpitaux est ainsi conçu : « *En cas d'accidents professionnels survenus dans l'exercice de leurs fonctions hospitalières, les membres du personnel médical sont couverts pour eux-mêmes et contre les tiers par une assurance contractée spécialement par les Commissions administratives...* ».

Le communiqué du Conseil du Collège départemental de Seine-et-Oise, publié d'autre part, met l'accent sur un des points délicats soulevés par cette rédaction à la fois obscure et incomplète.

Notre courrier nous a, depuis quelque temps, révélé des préoccupations voisines chez bon nombre de médecins d'hôpitaux et de Commissions administratives.

I. — Le principe de l'assurance

L'intention du législateur a été — ceci nous fut confirmé aux meilleures sources — de couvrir les médecins hospitaliers aussi bien *contre les risques d'accident individuel* dont ils peuvent être victimes dans l'exercice de leurs fonctions que *contre les risques de responsabilité professionnelle* qu'ils peuvent encourir à l'égard des malades hospitalisés.

Mais, nous dira-t-on, l'établissement hospitalier n'était-il pas déjà toujours responsable des accidents survenant à ses médecins ? N'assumait-il pas aussi la responsabilité de leurs fautes professionnelles ? Enfin, dans la plupart des cas, les médecins d'hôpitaux ne sont-ils pas eux-mêmes assurés contre les deux sortes de risques prévus par le décret ? Quelle est donc la portée pratique de l'art. 112 ?

Reprenons chacune de ces trois objections.

1° Jusqu'à présent l'hôpital n'était pas toujours responsable des accidents dont les médecins étaient victimes en service. Les hôpitaux sont des établissements publics ; les médecins, des fonctionnaires à temps partiel. La loi du 9 avril 1898, qui fait peser sur les employeurs du commerce et de l'industrie, une présomption irréfragable de responsabilité en cas d'accident survenu à leur personnel, n'est donc pas applicable dans les rapports hôpitaux-médecins. Elle suppose, en effet, l'existence d'un contrat de travail de droit privé, qui n'existe pas en l'espèce.

Le médecin d'hôpital victime d'accident était donc dans l'obligation, pour être indemnisé, de faire, comme tout fonctionnaire dans son cas, la preuve d'une faute de service, ce qui n'était pas toujours facile. A l'avenir, il touchera sans difficulté l'indemnité de la Compagnie d'assurance, sauf à celle-ci à se retourner éventuellement contre l'hôpital, si elle estime la responsabilité hospitalière engagée. L'utilité de l'art. 112 paraît donc certaine.

2° Dans le cas de dommages causés aux malades par une faute professionnelle du médecin, la responsabilité de l'hôpital n'était engagée, aux termes

d'une jurisprudence constante, que lorsqu'il y avait faute lourde ou faute grave du service médical. (Conseil d'Etat, 8 novembre 1935 ; 12 mars 1937 ; 18 mai 1938). Dans les autres cas, et notamment lorsqu'il y avait manquement à un devoir médical détachable de la fonction, la responsabilité du médecin seule était retenue.

Une assurance contractée par la Commission administrative en faveur du Corps médical pour toute faute, quelle qu'elle soit, sera donc là encore un bienfait pour les médecins comme pour les malades.

3° Enfin, ces assurances ne feront pas double emploi avec celles déjà contractées par le médecin lui-même :

a) *Pour les risques individuels.*

D'une part, le médecin n'est pas toujours assuré contre tous risques d'accidents ou de blessures pouvant lui survenir personnellement dans l'exercice de sa profession. Si cette assurance existe, il n'est pas certain qu'elle couvre les accidents ou blessures survenant à l'hôpital. Même dans cette hypothèse, la police souscrite par l'hôpital pourra toujours compléter l'effet du contrat personnel du médecin. Au surplus, l'effet de l'art. 112 sera d'ouvrir droit, pour le médecin, au remboursement par l'hôpital de la prime ou de la portion de prime par lui payée afférente aux risques spéciaux courus à l'hôpital, si une prime spéciale est perçue à ce sujet ;

b) *Pour les risques de responsabilité professionnelle.*

Il est vrai que, dans la plupart des cas, et sauf clause contraire, le contrat souscrit par le médecin le couvre contre la responsabilité de toutes fautes commises dans son exercice professionnel, c'est-à-dire même à l'hôpital.

C'est ainsi que la garantie du « Sou médical » s'étendant « *au montant des condamnations civiles prononcées à la suite d'erreurs ou de fautes non intentionnelles commises par le médecin dans l'exercice d'actes médicaux* », couvre sans aucune surprime les conséquences d'une faute médicale commise même à l'hôpital. Précisons bien que cette assurance couvre non seulement les fautes du médecin lui-même, mais la responsabilité du médecin engagée par les fautes des auxiliaires médicaux (internes, externes, infirmières, etc.), adjoints au médecin, fautes commises par eux dans l'exercice de leurs fonctions, c'est-à-dire en tant que soumis à la surveillance médicale.

Mais, même dans ce cas, la police souscrite par l'hôpital pourra jouer à titre de complément.

D'autre part, comme pour l'assurance risques individuels, le médecin assuré déjà par ses propres soins pourra légitimement prétendre au remboursement de la portion de prime afférente à la couverture du risque de responsabilité hospitalière, si cette portion de prime peut être individualisée.

Enfin et surtout, il sera utile *pour l'hôpital* de souscrire un contrat garantissant la responsabilité qu'il peut encourir du fait du médecin *agent du service public hospitalier*. Ce risque incombe en effet à l'hôpital et n'est pas couvert par la police-responsabilité du médecin.

Faut-il aller plus loin et dire que l'art. 112 comporte à l'encontre des établissements hospitaliers, non seulement obligation d'assurance, mais *présomption absolue de responsabilité* pour chacun des risques étudiés ? En d'autres termes, ce texte fait-il peser sur les hôpitaux une charge analogue à celle que la loi de 1898 a mise sur les épaules des employeurs ? Apporte-t-il d'autre part, un bouleversement profond au principe posé par la jurisprudence en matière de responsabilité administrative pour faute médicale ?

Nous ne le croyons pas : car, d'une part, la création de cette double présomption de responsabilité ne pourrait être l'œuvre que d'une loi, et, d'autre part, selon la lettre même de l'art. 112, les hôpitaux doivent *couvrir leurs médecins* et *non se couvrir eux-mêmes* contre les conséquences des risques en question. Ce point a une grande importance pour le calcul des taux de primes que les Commissions administratives auront à payer. Pas de responsabilité automatique, pas de primes très élevées ; au contraire de ce qui se passerait si la responsabilité de l'hôpital devait, en chaque cas, être retenue.

Il faut bien voir cependant que si l'hôpital veut être absolument tranquille, il devra, notamment pour les risques individuels du médecin, après avoir assuré ses médecins, se couvrir lui-même contre le recours éventuel de la Compagnie d'assurance qui aura indemnisé le médecin. Ce recours ne sera bien entendu possible que si la Compagnie peut établir à l'encontre de l'hôpital une faute, dans les conditions fixées par la jurisprudence. Dans ce cas, il y aura donc police distincte souscrite par l'hôpital pour lui-même, ou avenant à la police profitant aux médecins, avec légère surprime.

II. — Les modalités d'application

L'art. 112 du décret du 17 avril 1943 est absolument muet sur ce chapitre. Un arrêté serait bienvenu qui, pour chacun des *risques à assurer, fixerait* notamment le montant du capital à garantir, le type de police à établir, les stipulations diverses à insérer, etc. En attendant ces précisions, nous essaierons de donner quelques directives pratiques susceptibles d'être utilisées par les médecins et les Commissions administratives.

1° *Accidents survenant au personnel hospitalier.*

a) Si le médecin est déjà titulaire d'une police d'assurance individuelle le couvrant contre tous les accidents quelle que soit leur origine, la Commission administrative pourrait soit se borner à établir une police complémentaire, élevant le cas échéant le montant du capital assuré en cas de décès, et restreignant le jeu de ce contrat au seul cas d'accident survenu au cours du service à l'hôpital ; soit, mieux, prendre à sa charge l'intégralité des risques, sauf à ventiler dans la prime totale, la part devant être payée par le médecin.

b) Si le médecin n'est pas assuré, ou s'il ne l'est que pour les risques afférents à son activité extra-hospitalière, la Commission administrative aura le choix entre trois solutions :

— Ou souscrire une police-type accident du travail, couvrant l'hôpital pour le cas, très improbable, où la jurisprudence appliquerait la législation de 1898 aux rapports médecin-hôpital, comme pour le cas où le médecin rechercherait la responsabilité de l'hôpital dans les termes du droit commun. Il faudrait, dans ce cas, déterminer un salaire de base conventionnel pour permettre le calcul des primes, de la rente et du capital assuré. Les rentes prévues par la loi sur les accidents du travail pourraient être conventionnellement majorées dans une proportion à fixer, afin d'assurer au médecin une indemnisation en rapport avec sa situation sociale et son chiffre d'affaires professionnel. Une telle police assurerait en outre au médecin des indemnités substantielles en cas d'incapacité temporaire. Le remboursement des frais médico-pharmaceutiques pourrait sans inconvénient ne pas être prévu.

— Ou souscrire une police d'assurance individuelle dont les primes varieraient avec l'âge du médecin et avec le montant du capital assuré, montant dont la fixation serait laissée à la libre décision des Com-

missions administratives, en accord avec leur personnel médical. Le chiffre de 500.000 francs proposé par le Conseil de Seine-et-Oise peut être une base de départ. Cette police aurait l'avantage de pouvoir être adaptée plus facilement au cas particulier de chaque médecin. Si elle garantissait les accidents survenus en dehors de l'hôpital, le médecin devrait, à due concurrence, participer au paiement de la prime.

Pour les hôpitaux importants, des assurances-groupe couvrant l'intégralité du personnel médical contre les divers risques de maladie, accident, décès, pourraient même être utilement étudiées.

— Ou, ce qui serait très favorable au médecin, combiner les deux solutions exposées ci-dessus, l'assurance individuelle venant compléter les prestations de l'assurance-type accident du travail.

2° *Responsabilité médicale*

a) Dans la majorité des cas, ainsi que nous l'avons dit, le médecin est assuré pour toutes fautes commises dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire même à l'hôpital. Il n'en serait autrement que si une clause excluait expressément les risques hospitaliers. Le « Sou médical », notamment, couvre *entièrement* la responsabilité personnelle du médecin, que le fait dommageable ait été commis *par lui-même* ou *par ses aides* agissant sous sa surveillance et sa responsabilité. *Pour tous les médecins* assurés au « Sou médical », la souscription d'une nouvelle police par la Commission administrative n'aurait donc pas d'intérêt. La Commission administrative cependant aurait à couvrir par une police spéciale sa propre responsabilité en tant que chargée de la bonne organisation et du bon fonctionnement du service public hospitalier.

b) Par contre, si par impossible un médecin n'était pas assuré contre les risques de responsabilité professionnelle ou si une clause de sa police excluait le risque hospitalier, il y aurait obligation pour la Commission administrative de combler cette lacune. Selon nous, elle satisferait d'ailleurs à son obligation en remboursant au médecin la prime que celui-ci serait amené à payer de ce chef, le médecin restant libre de s'adresser à telle société de son choix.

c) Mais la Commission administrative aura toujours intérêt *pour elle-même* à se garantir contre le recours éventuel de la Compagnie d'assurance qui aura payé le sinistre occasionné par le médecin assuré. Ce recours sera possible lorsque la Compagnie estimera que ce n'est pas seulement la responsabilité médicale, mais aussi la responsabilité administrative de l'établissement qui est en jeu. Nous étudions la possibilité pour le « Sou médical » de se substituer à la Commission administrative pour prendre en charge tous sinistres dont l'origine serait imputable à l'un de ses adhérents. Une telle combinaison, si elle se révélait possible, faciliterait grandement aux médecins d'hôpitaux, la solution de ce délicat problème d'assurance.

III. — Conclusions

Etant donnée la diversité des situations particulières, nous n'avons pas la prétention d'avoir résolu en un court article tous les problèmes qui se présenteront à nos lecteurs.

Mais nous sommes à leur disposition pour leur donner tous renseignements qu'ils pourront souhaiter et leur communiquer notamment un rapport spécialement établi à ce sujet par notre conseiller technique Celui-ci pourra par ailleurs étudier sur demande les types de contrats envisagés, en analyser les clauses, suggérer toutes solutions élégantes.

Mais nous pensons qu'il serait utile que le Conseil National de l'Ordre veuille bien mettre au programme des travaux de la Commission d'exercice de la médecine hospitalière, fonctionnant au sein de la Section d'Organisation intérieure de la profession, l'étude de la question d'ensemble posée par l'art. 112 du décret, et donner aux Conseils départementaux toutes directives utiles à ce sujet.

P. Douriez.

UN OMNIPRATICIEN NE SERAIT-IL « QU'UN DEMI-MÉDECIN ? »

III. — Nos maîtres, les professeurs de clinique médicale sont des « omnipraticiens »

Par le Docteur Fernand Decourt

Je voudrais tout d'abord ouvrir une parenthèse pour répondre à certains confrères (spécialistes, évidemment) qui me reprochent de me « faire le champion des omnipraticiens, par démagogie », de vouloir « faire le nivellement par en bas », etc... Il y a là, je suppose, un malentendu causé par la méconnaissance de la réalité. Je puis le dissiper aisément en citant simplement un article de mon « Avant-projet » que le 7 août (avant même la constitution de la Commission de Révision), j'envoyais à chacun des membres du Conseil National. Donc, à *l'art.* 22 je proposais les trois coefficients suivants pour la consultation : « *a*) omnipraticien : C.1 ; *b*) spécialiste qualifié : C. 1,4 ; *c*) professeur de Faculté ou Ecole de plein exercice, ainsi que médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux nommé au concours dans ces mêmes centres : C.2 ».

Je ne voulais donc pas « le nivellement par en bas ». Et même quand la Commission de Révision décida C.3 pour les professeurs et médecins des hôpitaux, je ne m'inscrivis *jamais* contre. J'avais proposé — et je propose encore — 1,4 pour les spécialistes parce que c'est le taux du Tarif des accidents du travail et que ce taux me paraît déjà, avec majoration de 40 %, largement suffisant pour *compenser* la clientèle du spécialiste, plus restreinte et moins extensible que celle de l'omnipraticien. Le plus piquant de l'affaire, dans ces reproches, c'est que je suis l'un de ceux (on pourrait les compter sur les doigts d'une seule main) qui bataillèrent jadis à la Commission ministérielle du Tarif A. T. pour faire accorder aux spécialistes ce que j'appelais déjà, à cette époque, une **majoration compensatrice.**

Qu'on ne m'accuse donc pas de « me montrer l'ennemi des spécialistes ». Seulement, amis spécialistes, je vous répondrai par la phrase bien connue : « *Amicus Plato, sed magis amica veritas* »... Ceci dit, je ferme ma parenthèse et reprend le fil de mes discours...

***

Au moment où on tente de hisser le spécialiste sur un piédestal (en nickel ou en zinc, puisqu'il s'agit d'une question de gros sous) au détriment de l'omnipraticien réduit au rôle de « demi-médecin », je ne crois pas inutile d'examiner ici, entre nous, **la hiérarchie des valeurs personnelles tant à l'hôpital qu'à la Faculté.** Nous verrons ainsi les divers « galons » auxquels peut aspirer un étudiant qui a la noble ambition d'arriver au sommet de l'échelle — médicale ou chirurgicale.

Dans les hôpitaux, celui qui ne se borne pas à

rester simple *stagiaire* concourt d'abord pour l'*externat*, puis pour l'*internat*, ce qui est déjà une première et grosse sélection. Ce dernier concours s'avère, en effet, assez difficile surtout à Paris et dans les grands centres universitaires. C'est là un titre personnel (et non d'une classe, collectivement) et celui qui est « ancien interne des hôpitaux » peut légitimement s'en parer jusqu'à la fin de sa carrière.

Au-dessus vient l'*assistant* dans les grands hôpitaux ainsi que le *chef de clinique*. Enfin est le *médecin chef de service* qui peut porter fièrement le titre de « médecin des hôpitaux », titre gros d'importance, mais personnel encore celui-là et non d'ordre collectif. Un « médecin des hôpitaux », peut équitablement se considérer comme un « médecin consultant » appelé dans les cas graves ou à diagnostic douteux et cela pour *tous* les cas, en général. Comme omnipraticien d'ordre supérieur, il a droit à des honoraires plus élevés, c'est entendu et je ne vois aucune protestation à élever, au sujet du C.3 de la Nomenclature proposée actuellement.

Dans les Facultés, voyons maintenant les titres universitaires. Le premier est celui de *docteur en médecine*, celui qui ouvre la porte à tous les autres. Au-dessus, le médecin peut avoir l'ambition de se présenter au concours d'*agrégation*. Là se montre toutefois une certaine différenciation pratiquement, suivant qu'il s'agit du « Concours d'agrégation de médecine *générale* » (donc des omnipraticiens) ou des concours particuliers d'ordre *spécial*, où la lutte est d'ordinaire moins difficile, moins âpre, comme chacun sait. En sorte qu'en réalité le premier est plus élevé dans l'ordre hiérarchique, que le second, ce qu'on me permettra de noter en passant.

Au-dessus des Agrégés sont les *Professeurs*. Ceux-là portent, pour ainsi dire, leur titre à la boutonnière puisqu'on ne les appelle plus M. le Dr X., mais M. le Professeur X. Et c'est légitime. Mais une remarque, là encore, s'impose, au point de vue hiérarchique. Au premier échelon on trouve les professeurs « spécialisés » avec des chaires « d'attente » parfois : histoire de la médecine, par exemple... Mais le véritable bâton de maréchal, personne ne peut le contester, c'est le titre de *professeur de clinique* qui est, en somme, l'aboutissement des espérances les plus ambitieuses que puisse concevoir un étudiant, au point de vue de la hiérarchie des valeurs médicales universitaires. Et ce professeur de clinique n'est autre, en somme, qu'un omnipraticien d'ordre *supérieur*, grâce à ses titres *personnels*.

***

Bichat, Dupuytren, Bretonneau, Trousseau et *tutti quanti*, pour ne parler que des anciens, étaient des omnipraticiens et non des spécialistes. Ils n'en furent pas moins de « grands » médecins. Aujourd'hui encore, nos maîtres les plus réputés, nos professeurs de clinique, de même que les médecins des hôpitaux qui ont un grand service avec des centaines de lits et toute une escorte d'élèves autour d'eux chaque matin sont des omnipraticiens. Leurs services ne sont-ils pas ouverts à toute la nosologie médicale, sans triage entre les genres, sans divisions, sans tranches particulières, en un mot, sans spécialisation ?

Le Professeur X..., qui a un service de 300 lits dans un grand hôpital parisien ou une ville de Faculté de province, est manifestement un omnipraticien, daas le sens propre du mot, puisqu'il reçoit dans son service les malades « tout-venants ». Serait-il pour cela d'essence inférieure au chef de service de radiologie ou de dentisterie, dans le même hôpital, parce que ceux-ci sont des « spécialistes qualifiés » ?... Il serait cruel d'insister.

Mais alors ce qui est net, patent, reconnu de tous, en matière d'hôpital, tout ce dont l'étudiant a pu se rendre compte au cours de ses études, ne serait-il plus exact dès qu'il a acquis une clientèle ? Dès son établissement, le jeune médecin devrait-il donc constater un complet *renversement des valeurs* ?... Evidemment, si le jeune médecin s'est fait spécialiste, il ne s'en plaindra pas et trouvera cela fort bien. Mais qu'en penseront les autres, les gros bataillons d'omnipraticiens ?...

Il ne faut pas confondre, en matière de titres, celui s'attachant à la personne même, comme professeur ou médecin des hôpitaux, et celui attaché au genre de fonction exercée, comme spécialiste en telle ou telle matière. De cette confusion est née l'injuste division entre omnipraticien et spécialiste, en vue de l'établissement d'une hiérarchie des valeurs techniques.

Qu'on ne s'étonne donc pas si, en se voyant traités en « demi-médecins » au point de vue de la valeur technique de leurs consultations, les omnipraticiens s'insurgent contre de tels errements. Non seulement lorsque ceux-ci proviennent d'un ministère plus ou moins renseigné sur la réalité des choses, mais au sein même de l'organisme suprême du Corps médical organisé. Et cela par ceux qui, au second degré, sont les élus même des omnipraticiens.

Qu'on ne s'étonne donc pas si, en apprenant de telles décisions, une vague de fond s'élève contre celles-ci au sein du Corps médical. A tout prix, il faut éviter cette division qui va se créer, ce fossé qui va se creuser... C'est pourquoi je tiens à bien préciser le problème et à le présenter, en toute bonne foi, cela va sans dire, mais aussi dans une complète objectivité, dans les colonnes de notre grand journal professionnel où se débattent chaque jour tous nos problèmes de médecine professionnelle et sociale.

P. S. — Je reçois au sujet de cette série d'articles de nombreuses lettres : les unes me couvrent de fleurs, les autres faisant plus ou moins le contraire. Je ne puis *matériellement* répondre à chacun, mais je veux au moins remercier ici et les uns et les autres. Il est toujours utile de remuer des idées et flatteur de voir qu'elles ne sont pas passées inaperçues. A tous merci !

LE DOMISME
SA PLACE DANS UNE RENAISSANCE

En ce second article du Professeur Joannon, publié par l'*Architecture française*, l'auteur présente le néologisme par lequel il entend exprimer l'art d'aménager les maisons, l'urbanisme étant l'art d'aménager la ville ; ces deux arts unis concourent à « réussir l'homme ».

Qu'il s'agisse de construire une maison ou une ville, l'architecte est certes « le maître-d'œuvre », mais il est indiscutable que les enseignements d'autres disciplines que la sienne lui sont nécessaires, ceux de l'hygiéniste en particulier. Tous deux doivent dès maintenant se concerter pour préparer les reconstructions d'après-guerre.

Tout en respectant ce qui est respectable dans l'héritage du passé, il faut se tenir prêt à la renaissance « qui n'est peut-être pas loin » ; à la création d'un style qui soit « de son lieu et de son temps ».

En conclusion, le Professeur Joannon écrit ces lignes à la fois lourdes de sens et éclatantes de beauté :

« Si l'un de vos garçons, commençant son latin, hésite entre deux traductions en face du mot maître, expliquez-lui que *dominus* signifie seigneur, et *magister*, enseigneur ». G. L.

ORDRE DES MÉDECINS *(Suite)*

Nous vous rappelons que s'il existe des *chambres particulières* fonctionnant en « *Clinique ouverte* », le *libre choix* et l'*entente directe* sont prévus par le Règlement d'administration publique (art. 25).

7° Le R. A. P. prévoit également l'organisation dans chaque hôpital d'un *service central d'archives médicales* avec secrétariat. Il est indiscutablement intéressant de poursuivre cette création susceptible de rendre les plus grands services aux malades, en assurant la liaison entre les médecins traitants et les médecins hospitaliers ;

8° L'article 46 du R. A. P. prévoit qu'un *règlement intérieur*, conforme à la loi nouvelle, doit être établi dans les *trois mois* par la Commission administrative ;

9° Au sujet des *consultations externes*, votre action doit être orientée dans le sens suivant :

a) ne pas permettre l'admission de malades payants, sauf s'ils sont munis d'une lettre de leur médecin traitant les dirigeant sur cette consultation ;

b) demander qu'un contrôle sérieux soit exercé par l'administration hospitalière de telle sorte que les consultations externes des hôpitaux ne puissent nuire en aucun cas à l'exercice de la médecine libre ;

10° L'article 112 du R. A. P. prévoit que le *personnel médical doit être assuré en cas d'accident professionnel* par une assurance contractée spécialement à cet effet par les Commissions administratives.

Nous avons demandé au Conseil National de nous donner des directives sur la valeur du capital à assurer pour chaque médecin et sur les invalidités spéciales à prévoir. En attendant, comme l'Administration hospitalière est dès maintenant responsable, il y a intérêt à ce que les assurances provisoires soient établies le plus tôt possible et nous vous proposons de fixer le capital à assurer pour chaque membre du Corps médical hospitalier, à *cinq cent mille francs*, sous toute réserve des décisions ultérieures du Conseil national ;

11° En ce qui concerne les traitements et honoraires du Corps médical hospitalier, l'Administration a le droit de retenir 5 %. Les 95 % restant sont à répartir par entente entre les Chefs de service, mais il semble opportun de prévoir :

a) une part pour le radiographe qui ne touche absolument aucun honoraire pour les radiographies faites aux malades hospitalisés ;

b) une part pour les chefs de laboratoire qui ne touchent aucune rémunération pour les examens concernant les malades hospitalisés ;

c) là où le Corps médical hospitalier sera d'accord, un pourcentage supplémentaire à verser pour l'amélioration de certains services ;

12° Vous aurez à veiller à ce que le *personnel administratif* ou le *personnel secondaire soignant* soit parfaitement au courant des prescriptions de l'article 378 du Code pénal concernant le *secret professionnel*. Trop souvent ce personnel communique dans son entourage des détails qui ne doivent pas être divulgués sur l'état des malades et sur l'activité des médecins et chirurgiens de l'Hôpital.

Signé : Dr LARGET.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Arrêté du 20 novembre 1943 sur l'organisation du contrôle médical des Assurances sociales

Par arrêté en date du 20 novembre 1943, l'article 3 (§ 1er) de l'arrêté du 16 novembre 1942 est modifié comme suit :

« Au siège de l'Union régionale, un médecin-conseil régional est chargé, au point de vue de la technique médicale et sanitaire et conformément aux directi-



ves techniques d'ordre général données par l'Institut national d'action sanitaire, le cas échéant, après avis de la Commission nationale du contrôle médical des Assurances sociales, de coordonner et d'orienter l'activité des médecins-conseils et des médecins-conseils adjoints.

« Il assume ses fonctions avec le concours d'un Comité placé sous la présidence du président du Conseil d'administration de l'Union régionale et comprenant des représentants des organismes d'Assurances sociales et des médecins-conseils dsignés par l'Union.

« Le médecin-conseil régional est, de droit, vice-président du Comité régional ».

(*J. O.*, 31 décembre 1943).

Conseillers techniques médicaux

Deux arrêtés du Ministre du Travail en date du 26 décembre 1943 instituent des conseillers techniques médicaux du secrétariat d'Etat au Travail et un Comité central des conseillers techniques et nomment des conseillers.

(*J. O.*, 6 janvier 1944.)

Exercice de la médecine

Arrêté du 5 janvier 1944 concernant les actes dont l'exécution est réservée aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine

Art. 1er. — Pour l'application de la loi du 15 novembre 1943, modifiant l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, sont considérés comme actes dont l'exécution est réservée aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine :

1° La prise de la tension artérielle ;

2° La ponction veineuse et l'injection intra-veineuse ;

3° L'examen radioscopique et la prise de radiographies.

(*J. O.*, 11 janvier 1944).

Ordre des médecins

Arrêté du 29 septembre 1943 fixant la composition des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins pour les affaires concernant les chirurgiens-dentistes.

(*J. O.*, 29 décembre 1943).

Soins aux pensionnés de guerre

Arrêté du 6 janvier 1944 relatif aux contrôles médicaux

TITRE Ier

Contrôles médicaux

Art. 1er. — Les contrôles médicaux prévus par l'article 43 du décret du 10 septembre 1942 sont effectués par des médecins contrôleurs recrutés par voie d'engagement contractuel.

Art. 2. — L'engagement des médecins contrôleurs est prononcé par le secrétaire général aux anciens combattants, sur présentation des candidats par une Commission comprenant :

Le directeur des services médicaux, contentieux et administratifs, président ;

Le chef des services médicaux ;

Le chef du service des soins gratuits aux victimes de la guerre ;

Le président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Art. 3. — L'engagement des médecins contrôleurs est fait, en principe, pour une durée indéterminée, sauf le cas de licenciement par mesure disciplinaire, chacune des parties peut résilier le contrat moyennant un préavis de trois mois. Toutefois, le

contrat est résilié de plein droit quand l'intéressé a atteint l'âge du soixante-cinq ans.

Art. 4. — Les médecins contrôleurs doivent renoncer à toute clientèle privée et à toute activité jugée incompatible avec les missions de contrôle qui leur sont confiées.

Art. 5. — Il est attribué aux médecins contrôleurs, compte tenu des titres et services de chacun d'eux, une allocation mensuelle dans la limite d'un maximum de 7.300 francs, sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 6.500 francs.

Cette allocation n'est pas soumise aux retenues pour le service des pensions civiles et est exclusive de toutes indemnités, y compris le supplément provisoire de traitement et l'indemnité de résidence, à l'exception de celles prévues à l'article 8 ci-après et des allocations familiales.

Art. 6. — Les médecins contrôleurs peuvent, après avoir été entendus, être relevés de leurs fonctions par le secrétaire général aux anciens combattants, par mesure disciplinaire et sans autre formalité. Dans ce cas, le contrat se trouve résilié sans que l'intéressé puisse prétendre à une indemnité de préavis.

Art. 7. — Les médecins contrôleurs peuvent, après un an de présence, bénéficier, le cas échéant, de congés de maladie dans la limite annuelle d'un mois à traitement entier et de trois mois à demi-traitement.

Art. 8. — Les médecins contrôleurs sont classés, pour le remboursement des frais de tournées et de missions, dans le groupe II des personnels mentionnés à l'arrêté du 20 novembre 1942 relatif aux indemnités pour frais de mission et de tournées allouées aux fonctionnaires et agents de l'Etat.

....

& ÉCHOS COMMENTAIRES

Un exemple a ne pas suivre : la Convention du Finistère. — Une crise dans la médecine du travail. — L'Ordre des médecins et la presse professionnelle. — La position corporative du Collège de la Seine. — A propos d'une nomenclature.

Le Finistère peut s'enorgueillir d'être au point de vue médical un département d'expériences. De cela, les praticiens ont d'ailleurs moins à se louer que les Caisses.

On se rappelle sans doute la Convention-modèle 1943 prévoyant un tarif minimum « maximum opposable », dont la malfaisance le disputait à l'illégalité.

A la suite d'un referendum, le Conseil collégial vient de conclure une nouvelle Convention, modèle 1943 modifié, certes en progrès sur la précédente, mais qui ne saurait constituer encore un titre de gloire pour ceux qui l'ont signée.

Laissons de côté le style de ce monument peu juridique et ses nombreuses incohérences. Il importe toutefois d'en noter l'esprit.

Le médecin y apparaît constamment en effet comme un invétéré exploiteur du peuple, que l'on doit traiter avec une méfiance vigilante. Sa mauvaise foi systématique est présumée dans toute clause, dont la force exécutoire réside uniquement dans un arsenal de sanctions allant de l'amende honorable à la correctionnelle en passant par la mise au pilori.

On pourrait difficilement attendre de deux parties, animées l'une à l'égard de l'autre d'aussi bon-

nes intentions, autre chose qu'une mauvaise transaction.

En fait cependant, nos campagnes ne furent pas inutiles. Le carcan du tarif limitatif s'est légèrement déserré, mais avec quelle lourde souplesse, avec quelle rigide élasticité ! La convention, la réglementation veut tout prévoir. Les spécialistes, les consultants sont qualifiés par le Conseil de l'Ordre qui, au nom des pouvoirs qu'il s'est à lui-même conférés, dresse des listes au moyen de critères sans doute seuls connus de lui. Par souci de l'intérêt général, il ferait certes bon de les communiquer en haut lieu, alors qu'on s'efforce, avec difficulté, de résoudre depuis de longues années ces délicats problèmes.

Des dépassements de tarif sont exceptionnellement autorisés à l'égard des assurés disposant de ressources personnelles. Cela est bien. Mais l'ABUS menace, contre lequel il faut se prémunir. Il est, au reste, présumé ; et le médecin doit se justifier, non devant ses pairs *mais bien devant la* CAISSE qui décide en dernier ressort et recouvre le trop-perçu, avec l'aide des moyens de coercition que possède l'Ordre sur ses membres. Cette perle est d'une taille véritablement énorme !

Le tout se déroule dans une parfaite atmosphère de liberté : le praticien est libre de ne pas adhérer à la convention. L'assuré est libre de choisir un médecin non adhérent. Mais, dans ce cas, la Caisse est libre de ne lui rembourser que 12 francs au lieu de 32 francs par visite, dans le but de l'encourager à exercer cette trop naturellement respectable liberté. Elle est libre aussi de publier des listes (une de plus) des médecins libres, et de prendre contre eux « toute mesures opportunes ». Il faudrait, cela étant, être comme nous d'une bien irréductible mauvaise foi pour nier que l'adhésion à ce chef-d'œuvre résulte bien du libre consentement de chacun.

Toute plaisanterie mise à part, ne serait-il pas temps que le Conseil National veuille bien établir une convention-type en matière d'Assurances sociales et exiger la communication préalable de tout projet de convention afin de défendre contre eux-mêmes les Conseils collégiaux trop empressés à se courber sous d'aussi humiliantes fourches caudines ?

* * *

Les mutations intervenues au Travail à la suite du récent remaniement ministériel posaient un inquiétant point d'interrogation. Quelle serait la nouvelle politique médico-sociale de ce Ministère, dont l'action a peut-être sur le sort de la médecine plus d'influence encore que celle de la Santé ?

Nous avions cru trouver quelques indices de continuité dans la nomination, comme conseillers techniques médicaux, des Docteurs ECK, GROS et WINTER dont les noms et les idées sont à divers titres déjà connus de nos lecteurs.

Quel fut notre étonnement en apprenant que tous trois venaient de remettre tout récemment leur démission de « médecins inspecteurs généraux du travail ». Une autre démission, celle du Dr Barthe, Président du Comité de Permanence de la Médecine du Travail, peut être aujourd'hui annoncée.

La médecine du travail traverse une crise. Non pas une crise interne, car le mouvement va se développant chaque jour en profondeur daas l'industrie française, suscitant la confiance des chefs d'entreprise, l'espoir des travailleurs et l'ardeur des jeunes médecins qui s'y consacrent. Mais une crise d'organisation administrative, de rattachement ministériel. Comme l'on pouvait s'y attendre, l'absorption du travail par la Production industrielle signifie dans le domaine doctrinal que le social et l'humain s'effacent devant l'économique et la technique. Ce n'est

point ce qu'avait voulu les pionniers, les créateurs de la Médecine du travail, auxquels on s'efforce d'ôter par le biais de Comités nouveaux, au mépris même de la loi, le principal de leurs attributions.

Sur le tout se brocheraient les ambitions d'une personnalité un peu trop répandue à laquelle les perspectives d'une chaire future de « médecine du travail » auraient révélé une subite vocation pour ces nouveaux problèmes, et qui ne dédaigneraient pas de faire son nid dans celui des autres.

Voilà, certes, une bien triste besogne !

***

Il nous revient de différents côtés, que le Conseil National s'émeut de certains articles de presse faisant allusion aux raisons avouées ou non des récentes démissions. A notre avis, il a bien tort. Il est inutile par exemple de prendre au sérieux, telles erreurs ou d'aussi évidentes confusions que celles trouvées dans un article publié récemment sous un pseudonyme prétentieux, évoquant l'Ordre des Templiers !

Que le Conseil National nous apporte demain des réalisations effectives, qu'il nous résolve efficacement les problèmes posés par la Mutualité et les Assurances sociales. C'est ce que nous lui demandons. A notre avis, il est vain de polémiquer. Le mouvement se prouve en marchant, et la meilleure des propagandes est de pouvoir faire état de bonnes idées réalisées.

***

On pourrait croire, si l'on s'en tenait aux apparences, que la position prise par le Président du Conseil de la Seine à l'égard du Conseil National s'inspire de considérations où les questions de personne ont largement leur part.

Ce serait à notre sens une erreur, et nous pensons qu'il faut tirer des événements corporatifs récents, une philosophie plus riche en enseignement.

Quels que soient les hommes ou les institutions corporatives médicales, l'organisme professionnel du département de la Seine a toujours manifesté une tendance très nette au séparatisme et à l'opposition à l'égard de l'organisme national. La meilleure preuve de ce phénomène doué d'une rigoureuse constance, est que le Secrétaire général de notre ancienne Confédération avait accédé à ce poste après avoir milité activement dans l'opposition parisienne, et ne tarda point, dans ces nouvelles fonctions, à se heurter de la part de ses anciennes troupes à une hostilité vigilante.

Il faut donc rechercher, derrière les noms qui passent et qui changent, les réalités permanentes de la médecine parisienne.

Une première constatation s'impose par sa masse : le Collège des médecins de la Seine compte 5.409 membres, alors que les Collèges normaux n'en comprennent guère que 250 à 300. Ce Collège hypertrophié ne saurait volontiers accepter de se soumettre au sort commun.

D'autre part, chacun sait que la Seine a le privilège d'être le lieu d'élection pour les expériences de médecine sociale. Tous les problèmes concernant la place de la médecine dans la société de demain, se posent certes en province, mais mûrissent le plus souvent avec une lenteur qui évite les conflits aigus et permet les évolutions adaptives. Paris connaît *lui les* révolutions, où s'accélèrent tous les processus sociaux et où les faits prennent souvent de vitesse les lois.

Quoi d'étonnant à ce que le Corps médical parisien soit particulièrement soucieux de l'organisation de sa profession et manifeste parfois à l'égard d'un organisme national aux réflexes plus lents un certain désir d'autonomie. Quoi d'étonnant, au

moins, à ce que le Collège de la Seine s'inquiète d'une insuffisante représentation au sein du Conseil National, où deux membres seulement parlent en son nom, alors que la rigueur des nombres lui en accorderait au moins quatre ?

Depuis qu'il y a une profession médicale organisée, la Seine a posé un problème qui n'a jamais été, et est moins que jamais résolu.

***

Rendant compte de la récente loi du 15 novembre 1943 modifiant la définition de l'exercice illégal de la médecine et prévoyant l'établissement d'une nomenclature des actes professionnellement réservés aux médecins, nous nous étions imprudemment demandé si cette nomenclature serait aussi longue à voir le jour que la loi elle-même.

Plus rapide que le législateur, le Secrétariat à la Santé a fait montre de l'excellence de ses réflexes en faisant paraître dans le *Journal officiel* du 11 janvier 1944, cette nomenclature que nous reproduisons par ailleurs (V. page 80). Nous tenons à leur rendre un hommage mérité et sommes heureux que soient enfin tranchés les doutes qui s'élevaient en jurisprudence sur le droit pour les auxiliaires médicaux de pratiquer certains actes tels que les *injections intra-veineuses*. Dorénavant, de tels actes leur sont interdits.

On s'étonne volontiers au premier abord de trouver dans cette liste, l'examen radioscopique et la *prise* de radiographie. On se demande en effet, si le signataire de l'arrêté n'aurait pas oublié l'existence d'une loi du 16 mars 1934 considérant comme exercice illégal de la médecine, le fait pour un non diplômé d'utiliser les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique.

Mais à la réflexion, le texte nouveau est plus restrictif encore que le texte ancien. Certes l'interdiction des examens radioscopiques est à l'égard de la loi de 1934 quelque peu redondante. Mais l'interdiction de la « prise de radiographie » vient mettre fin à l'emploi de « manipulateurs » qui pouvaient encore, sous une direction et une surveillance trop souvent théorique, exercer dans le cadre de la loi de 1934 une activité fréquemment dangereuse.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

Peut-on mélanger à l'essence de l'alcool dénaturé ?

Peut-on additionner l'essence actuelle, déjà riche en alcool, d'alcool dénaturé à 90° du commerce ? Dans quelles proportions environ, en été ? Il y a-t-il quelques précaution, à prendre pour opérer le mélange ?

En ce qui me concerne, j'utilise une petite Juvaquatre Renault qui supporte assez bien le carburant actuel, à condition de fermer partiellement le starter aux petites allures et surtout jusqu'à ce que le moteur soit chaud.

Ce qui me rend perplexe, c'est que l'alcool dénaturé à 90° doit contenir 10 % d'eau, c'est-à-dire 500 grammes par bidon de 5 litres. Cette eau, nuisible à l'alcool, reste-t-elle bien nuisible dans le mélange essence-alcool ? Sinon, elle déposerait, ou mieux décanterait au fond du réservoir et finalement obstruerait canalisation, carburateur et bougies ?

Comme j'ai une certaine provision d'alcool dénaturé et que je suis au contraire, comme tous les confrères, toujours à court d'essence, je serais très heureux de pouvoir « allonger la sauce » en utilisant ma provision d'alcool dénaturé.

Beaucoup de mes confrères doivent être dans mon cas et seraient heureux d'avoir un bon conseil.

Dr L.

Réponse

Le carburant auto actuel est un mélange d'essence, d'alcool et d'un unisseur qui est soit du benzol, soit de l'éther, soit de l'acétal. On peut lui mélanger de l'alcool dénaturé en toutes proportions : tout au moins, j'ai obtenu ce résultat sur le carburant auto qui est livré dans les environs de Paris. Aucune autre précaution n'est nécessaire pour faire le mélange.

Comme le carburant auto n'est pas toujours semblable à lui-même, il est prudent, avant d'opérer dans le réservoir de la voiture, de faire un essai dans une éprouvette ou dans un verre.

Du point de vue utilisation, plus on mettra d'alcool, plus il sera necessaire de se rapprocher de l'aménagement du moteur que j'ai indiqué à propos de l'utilisation de l'alcool pur.

La solution que vous utilisez, c'est-à-dire de marcher avec le starter, ne peut être considérée que comme un expédient. Elle vous amène en effet à une consommation exagérée d'une part et à une mauvaise utilisation d'autre part. Faites aménager une prise d'air chaud sur votre carburateur et vous aurez déjà un progrès.

Henri Petit.



Demandes et offres

No 23. — A vendre 2 forceps Tarnier dont l'un absol. neuf (sans tracteur) Prix 700 fcs les deux. Dr Le Pape à Quimper (Finistère).

No 24. — A vendre excell. état, microscope Leitz, 4 ocul, 4 obj. condens. et iris centrable. Dr Barrois, 5, Av. d'Eylau, Paris (16e).

No 25. — J. chir. égal. au cour. radiol. et méd. gén., célib., cherche place assist.

No 26. — A v. Pachon nf, rhéostat lum. et caut., cautère. miroir de Clark, forceps Tarnier nf et nomb. instr. de pet. chir. et prat. méd. cour.

No 27. — A v. oscillom. Boulitte ét. nf. Dr Retailleau, à Mortagne-sur-Sèvre, (Vendée).

No 28. — Bon poste méd. à céd. suite décès. client. agric. 20 km. de Nantes. S'adr. Mme Le Bot, à Grand-champ (L.-Infér.).

No 29. — Suis achet. tome « Intoxications » de l'Encyclop. médico-chirurg.

No 30. — Poste à rep. sans indemn. Bresse, rég. riche, propharm. Vélomot. et Peugeot 5 CV à rep. 15.000 fcs.

No 31. — Cherche boîte d'essais de verres pour ophtalm. (composit. moyenne), bon état, bon prix.

No 32. — Confr. gros bourg camp. Centre-Ouest, 150 km. Paris, sur gr. ligne, cherche jeune confr. célib. très actif et tr. au cour. client. rurale pour aide. Longue durée. Vélomot.

No 33. — Médec. rapatrié et sinistré, expérimenté, actif, dévoué, cherche remplacements ou assist. Paris ou zone occupée. Paul, 86, Bd Barbès, Paris (18e).

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : No 3 — 44-1
No d'autorisation : 77 et Pa 692 No au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE SIXIÈME ANNÉE Nos 7 à 9 MARDI 15 FÉVRIER 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur Le No 5 frs C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS-9e Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose.** — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, d'une durée de quatre semaines, commencera le 6 mars 1944 à l'hôpital Cochin. Droits : 250 francs. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

Le Comité national de défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe)) a institué un certain nombre de bourses pour ce cours.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Médecine coloniale.* — La 38e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et au brevet de médecin de la Marine marchande a été suivie par 41 auditeurs dont 6 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique « Spécia ».

La 39e série d'études aura lieu du 3 novembre au 16 décembre 1944. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Le 3e concours d'électro-radiologiste* des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de Mlle MARQUIS.

— **Hôpitaux de Lyon.** — A la suite du dernier concours, M. M. JEUNE a été nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

TARIFS DES ABONNEMENTS	
Tarif normal. 120 fr.	Étudiants..... 80 fr.

— **Hôpitaux de Dijon.** — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu en mai 1944, en vue de la nomination d'un médecin adjoint et d'un dermatologiste adjoint des hôpitaux de Dijon. S'adresser, pour renseignements, à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 3, Place Ernest-Renan, à Dijon.

— **Conseil supérieur d'hygiène publique de France.** — Sont maintenus, pour l'année 1944 : comme président délégué, M. Jules RENAULT ; comme vice-présidents, MM. BROUARDEL et TANON.

— **Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine.** — M. le Professeur TANON a été élu vice-président pour 1944, au titre de la Préfecture de police.

— **Hôpitaux communaux de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne.** *Internat.* — Un concours sera ouvert le 24 avril 1944 pour le recrutement des internes des hôpitaux communaux de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne (hôpitaux de Créteil, Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain, Argenteuil, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Melun, etc.). Entrée en fonctions le 15 juillet 1944.

Les inscriptions sont reçues à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé.

— **Académie Duchenne de Boulogne.** — Le prix 1944 de l'Académie Duchenne de Boulogne, d'une valeur de cinq mille francs, a été attribué à MM. Paul MEUNIER et Yves RAOUL, pour leurs travaux en cours sur les dosages des vitamines humaines.

Rappelons que le but de l'Académie est de récompenser un travailleur indépendant, qui, par ses propres travaux, aura fait progresser la science médicale.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, doivent être envoyés avant le premier octobre de chaque année, au Secrétariat de l'Académie, 60 boulevard de Latour-Maubourg.

— **Le Sou médical.** *Nouvelles adhésions.* — Le Conseil, au cours de sa séance du 3 décembre 1943, a prononcé l'admission de 53 confrères.

— **Histoire de la médecine.** — Sous les auspices de l'Institut national pour le développement de la vie intellectuelle en France, le Professeur C. LIAN fera le dimanche 27 février, à 14 h. 30, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de médecine, une conférence sur la vie de Laënnec, puis une démonstration des techniques récentes d'auscultation (audition de disques d'auscultation).

— **Table des matières.** — En raison des restrictions qui nous sont imposées dans la consommation du papier, nous ne pouvons, comme autrefois, envoyer la table des matières de l'année 1943 à tous nos abonnés. Ceux d'entre eux que cette table intéresse voudront bien nous le faire savoir.

— **Déclarations fiscales.** — Nous rappelons à nos lecteurs que notre Conseiller fiscal, M. MARTINOT, 6, rue de l'Isly, Paris (VIIIe), tél. : Europe 60-41, se tient comme chaque année à leur disposition pour rédiger leur déclaration fiscale qui doit être déposée avant le 1er avril prochain, ce moyennant un honoraire de deux cents francs (200 francs). Dans leur propre intérêt nous prions nos lecteurs de ne pas attendre le dernier moment pour faire parvenir leurs documents à M. Martinot.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Marguerite-Marie-Claude LE DOZE, quatrième enfant du Docteur Francis Le Doze, de Saint-Julien-de-Vouvantes (Loire-Inférieure) ; de Marie-Claude CHANELET, deuxième enfant du Docteur R. Chanelet, de Saint-Eloy-les-Mines (Puy-de-Dôme) ; de Marie-France GARRIGOUX, fille du Docteur Pierre Garrigoux, de Calvinet ; de Michel PAROT, troisième enfant du Docteur André Parot, de Montech (Tarn-et-Garonne) ; de Françoise STRÉE, sixième enfant du Docteur Albert Strée, chirurgien à Fougères (Ille-et-Vilaine) ; d'Anne-Marie DAYOT, troisième enfant du Docteur Paul Dayot, d'Erquy (Côtes-du-Nord).

— **Mariages.** — On annonce le mariage du Docteur Bernard COURTOIS, de Dijon, avec Mademoiselle Thérèse CHAISSAC ; de Monsieur Ivan BELTRAMI, externe des hôpitaux de Marseille, fils du Docteur Georges Beltrami, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, avec Mademoiselle Marie-Claude MEYER-LEPLEUX ; de Monsieur Albert VINCENT, fils du Docteur Albert Vincent, de Lille, avec Mademoiselle Geneviève DELVA ; du Docteur Jean BLANCHARD, de Rochefort-en-Terre (Morbihan), avec Mademoiselle Jeanne GOUJON ; du Docteur Jean LEBLANC, de Caen (Calvados), avec Mademoiselle Marie-Claire JASMIN.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort de Madame Fernand CONSTANT, veuve du Docteur F. Constant, et mère du Docteur Guy Constant, de Vittel ; de Madame R. VIDAL et de Madame A. GOURDON, grand-mère et mère de la Doctoresse M. Adret-Gourdon, de Montréal (Aude) ; de Monsieur Claude CLAIR, père du Docteur Emile Clair (Le Creusot, Saône-et-Loire) ; de Madame Charles DE PARTHENAY, femme du Docteur Charles de Parthenay, de Cambrai (Nord).

L'enseignement de la médecine

Certaines indications erronées et certaines communications téléphoniques tendancieuses ont pu laisser croire que le Secrétariat d'Etat à la Santé

revendiquait l'enseignement de la Médecine, se proposant ainsi de l'arracher à l'Université.

Sans vouloir autrement s'arrêter à l'origine d'une insinuation aussi étrange, le Secrétariat d'Etat à la Santé tient à préciser sa véritable intention à ce sujet : au moment où il s'efforce de réaliser une organisation hospitalière, inspirée des nécessités nationales, et dégagée de certaines contingences locales auxquelles étaient jusqu'ici astreints les hôpitaux publics, il a pensé qu'il convenait de mettre à la disposition de l'Université, sans toucher à aucune de ses prérogatives essentielles, cet armement hospitalier en vue de concourir à une meilleure formation pratique des médecins : il estime qu'il a quelque qualité pour s'occuper de cette formation puisque l'exercice de la médecine dépend de sa compétence et constitue une de ses attributions primordiales : il considère donc qu'en étendant les terrains de stage au-delà des services de clinique universitaires et qu'en confiant, en accord avec les Facultés et sous leur contrôle, des étudiants aux chefs de service hospitalier, il facilitera l'instruction des futurs médecins, leur permettra un contact plus étroit et plus précoce avec le malade et contribuera de la manière la plus efficace à les préparer à l'exercice de leur profession.

Tel est le but, et le seul, que poursuit le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille.

(*Communiqué* du 19 *janvier* 1944).

Comité d'organisation des maisons de santé privées

Cette année était la seconde du fonctionnement de ce Comité.

Elle a apporté des modifications dans son organisation même, par suite de la suppression au 1er juillet de la délégation pour la zone sud.

Le recensement des établissements relevant du Comité a été terminé, sous réserve des créations nouvelles d'ailleurs assez nombreuses. Le nombre en est actuellement de 2.474, qui mettent à la disposition de l'équipement sanitaire du pays 139.750 lits.

Des négociations avec la Direction des prix, en vue d'obtenir l'autorisation d'élever les tarifs de pension et de salle d'opération, ont été menées à bien. Les arrêtés des préfets régionaux pris en conséquence pour fixer la hausse autorisée dans chaque région sont intervenus déjà ou interviendront prochainement.

Des Conventions ont été passées directement entre le Comité et diverses Collectivités (Caisses d'assurances sociales, Mutualités chirurgicales, S.N.C.F., Préfectures), destinées à remplacer les anciennes conventions particulières en assurant aux malades le libre choix de l'établissement de soins, aux collectivités les ressources correspondant à leurs besoins, aux établissements de soins des conditions satisfaisantes.

Il importait que le Comité puisse se faire entendre au sein des organismes chargés d'assurer le fonctionnement de la Charte du travail. Il a obtenu que plusieurs de ses membres fassent partie de ces organismes.

Il a aussi fait admettre des représentants dans divers groupements ; tels que le Centre interprofessionnel des Commissions de reclassement des prisonniers de guerre rapatriés et le Comité d'entr'aide de la Famille professionnelle de la Santé.

Il renseigne sur leurs droits et les moyens de les faire reconnaître les établissements réquisitionnés et il intervient le cas échéant pour leur obtenir l'aide des pouvoirs publics lorsque sont en jeu les intérêts des malades ou de l'équipement sanitaire du pays.

Il a eu l'occasion de surveiller l'application de la loi sur le nouveau régime hospitalier en ce qui concerne la création de cliniques ouvertes dans les hôpitaux publics et d'obtenir que les dispositions de l'article 25 du décret d'application soient respectées.

Il veille à entretenir des rapports cordiaux avec des organismes avec lesquels il a nécessairement des points de contact, avec le Conseil national de l'Ordre des médecins et avec les Collègues départementaux



de cet Ordre auprès desquels il est d'ailleurs assez largement représenté. (*Communiqué*).

Bibliographie

Le service médical d'entreprise. Edit. Comité français d'étude « Prévention et Sécurité », 23, rue de la Pépinière, Paris (VIIIe).

Cette brochure, rédigée en collaboration avec la Fondation française pour l'Etude des problèmes humains et les services techniques et médicaux du Comité français d'étude « Prévention et Sécurité », par une Commission composée de MM. les Docteurs Barthe, Eck, Ferrand, Goulène, Theil et de MM. Daric et J. Mignon, constitue une mise au point parfaite de toutes les questions intéressant la médecine du travail.

Elle est divisée en quatre parties : I. *L'entrée du médecin dans l'entreprise*, court historique du développement de la Médecine du travail. — II. *Activités du service médical d'entreprise* : examens d'embauche, examens périodiques, registres, statistique, fiches individuelles. Visites détaillées. Rapports avec les différents échelons de l'entreprise. Liaisons à l'extérieur de l'entreprise. Responsabilité pénale et civile du médecin d'entreprise. — III. Le Service médical inter-entreprise. — IV. Organisation générale de la médecine du travail, notamment étude de ses rapports avec l'Administration. En annexe, sont groupés les textes réglementaires et principales circulaires ministérielles intéressant la Médecine du travail.

Nous conseillons vivement la lecture de ce petit livre à tous ceux qui, par fonction ou par goût, s'intéressent à la Médecine du travail, ce nouveau secteur de la médecine que défrichent, dans un esprit d'apostolat, quelques courageux et sympathiques pionniers. Pour apprécier et, le cas échéant, aider leur action, il convient de connaître ce qu'elle a déjà produit. Il serait regrettable de voir tant d'efforts stérilisés soudain par quelque ténébreuse conjuration.

P. D.

ORDRE DES MÉDECINS

Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers fait connaître aux médecins rapatriés que, à la suite d'un échange de vues entre Monsieur le Ministre Secrétaire d'Etat à la Santé publique, les membres délégués de la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers et les inspecteurs généraux du Travail, concernant les modalités d'application pratique des lois du 28 août et 24 décembre 1942 et du 10 juin 1943 relatives à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité, les mesures suivantes ont été décidées :

Les médecins rapatriés pourront dorénavant adresser au Collège départemental qui les aura inscrits, leur candidature éventuelle aux postes médicaux suivants : Médecine du travail, Inspecteur adjoint à la Santé, Médecin contrôleur des Assurances sociales.

Ils y joindront toutes indications utiles concernant leur situation de famille, leur activité professionnelle actuelle (spécialité, médecin exerçant ou non, étudiant pouvant obtenir son diplôme dans un délai d'un an après sa libération).

Ces indications seront rassemblées et transmises par la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers qui les fera parvenir aux ministères du Travail, de la Santé publique ainsi qu'à l'Institut des Assurances sociales.

Il sera, dans la mesure du possible et selon les disponibilités des places à attribuer, donné suite à ces demandes. (*Communiqué*).

Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Orde des médecins de la région parisienne

Le Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des médecins de la Région pari-

sienne s'est réuni le 16 janvier 1944, à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris sous la présidence du Docteur Larget.

La première question mise à l'ordre du jour était celle du relèvement éventuel des honoraires minima. Les représentants des Conseils des Collèges départementaux de la Région parisienne ont estimé que le coût actuel de la vie et les circonstances économiques justifiaient un tel relèvement et ils ont décidé que celui-ci deviendrait effectif à partir du 1er mars 1944. Chaque Conseil départemental avisera sa Préfecture respective du relèvement envisagé et en informera les Caisses d'assurances sociales en application de l'article IV de la Convention Union des Caisses-Ordre des médecins. Les médecins seront eux-mêmes avisés en temps utile du nouveau taux des honoraires minima fixés par les Conseils des Collèges départementaux.

A l'occasion de ce relèvement prochain des honoraires minima, les rapports des Caisses de la Région parisienne avec les Conseils de l'Ordre ont été longuement évoqués. Dans un désir de collaboration toujours plus étroite avec les Caisses, des dispositions ont été prises pour améliorer le fonctionnement du contrôle technique et de la juridiction répressive, aujourd'hui représentée par le Conseil régional de l'Ordre. Il semble que la situation financière actuelle des Caisses de la Région parisienne ne permettra pas à celles-ci de relever leurs tarifs de responsabilité et de les faire coïncider avec les nouveaux honoraires, ainsi que cela avait été le cas en ces dernières années.

A propos de la médecine d'usine et de la mise en application de la loi sur la Charte du Travail, un ample débat s'est institué sur le fonctionnement et l'activité des nombreux centres médico-sociaux récemment créés, ainsi que sur les relations étroites que certains de ces Centres paraissent entretenir avec des dispensaires de soins. A ce sujet, il a été décidé de faire auprès de tous les médecins de la Région parisienne une large enquête destinée à renseigner exactement les Conseils des Collèges départementaux et à permettre à ceux-ci d'agir en cas d'abus.

D'autres nombreuses questions furent également étudiées, parmi lesquelles celles de la révision de la nomenclature, du nouveau régime de surveillance des femmes enceintes, du relèvement éventuel des honoraires d'A. M. G., de la représentation de l'Ordre des médecins dans les Commissions administratives hospitalières. (*Communiqué*).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Carnet de santé

Un arrêté ministériel du 9 mars 1943 fixe le modèle du carnet individuel de santé applicable aux enfants fréquentant les établissements de l'enseignement primaire.

(*J. O.*, 22 janvier 1944).

Exercice de la médecine

Décret du 31 décembre 1943 rendant applicable aux colonies la loi du 26 mai 1941 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.

(*J. O.*, 22 janvier 1944).

Sérum antidiphtérique

Arrêté du 20 janvier 1944 relatif à la limitation de la consommation du sérum antidiphtérique

Titre Ier. — *Limitation de la consommation*

Art. 1er. — A titre provisoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté, la quantité de sérum anti-

diphtérique délivrée à un même malade ne pourra être supérieure à 40.000 unités (ampoules de 3.000, 5.000 ou 10.000 unités).

Art. 2. — Les pharmaciens ne pourront, en conséquence, délivrer de sérum antidiphtérique, dans la limite de ce maximum, que sur ordonnance médicale datée, portant le nom et l'adresse du médecin traitant, les nom, prénoms et adresse du malade et l'indication de la dose prescrite. Les ordonnances établies dans ces conditions seront immédiatement honorées par les pharmaciens détenteurs de sérum.

Art. 3. — Au cas où le médecin traitant estimerait, après les premières injections, que l'état du malade semble nécessiter une dose de sérum supérieure à 40.000 unités, il devra entrer en rapport avec un médecin contrôleur, qui sera désigné en raison de sa compétence par le Collège départemental de l'Ordre des médecins. Ce médecin contrôleur décidera, sur le rapport du médecin traitant, si une nouvelle dose de sérum antidiphtérique doit être accordée. Dans ce dernier cas, le médecin contrôleur avertira le médecin inspecteur de la Santé, chargé de la surveillance de la consommation du sérum antidiphtérique, de la dose supplémentaire allouée.

L'accord du médecin contrôleur pourra être obtenu verbalement par simple communication téléphonique. Dès qu'il sera en possession de cet accord, le médecin traitant pourra émettre de nouvelles ordonnances dans la limite de l'allocation supplémentaire admise par le médecin contrôleur. Les pharmaciens détenteurs de sérums honoreront immédiatement ces ordonnances sur lesquelles le médecin traitant précisera qu'elles sont établies après accord avec le médecin contrôleur.

Art. 4. — Lorsque la sérothérapie préventive de l'entourage devra être pratiquée, elle ne pourra être effectuée qu'avec des ampoules de sérum de 1.000 unités.

Ce sérum sera délivré par les pharmaciens sur le vu des ordonnances établies conformément à l'article 2 ci-dessus.

TITRE II. — *Contrôle administratif*

Art. 5. — Un médecin inspecteur de la Santé est chargé, dans chaque département, du contrôle administratif de la consommation du sérum antidiphtérique.

Art. 6. — L'objet de ce contrôle est double, et le médecin inspecteur de la Santé qui en sera chargé devra :

1° S'assurer que les malades n'ont pas obtenu de doses supérieures aux maxima autorisés.

2° S'assurer que la déclaration de maladie contagieuse a bien été effectuée par le médecin traitant.

Ce contrôle s'exerce sur les ordonnances médicales transmises conformément à l'article 9 ci-dessous. Il s'exerce également sur les bons émanant des grossistes, conformément aux dispositions de l'article 10.

TITRE III. — *Approvisionnement*

Art. 7. — Le réapprovisionnement des pharmaciens en sérum antidiphtérique ne peut avoir lieu que sur production des ordonnances établies conformément à l'article 2 du présent arrêté.

Art. 8. — Des dépôts de sérum antidiphtérique seront constitués, dans chaque département, chez des pharmaciens qui seront désignés par le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques, en accord avec la Chambre nationale des pharmaciens d'officines et les Chambres départementales des pharmaciens.

Ces dépôts seront répartis de manière que la mise du sérum à la disposition des malades puisse être effectuée dans des conditions de rapidité suffisantes, c'est-à-dire dans un délai maximum de deux à trois heures après l'établissement des ordonnances.

Toutefois, les pharmaciens non dépositaires, possédant, à l'entrée en vigueur du présent arrêté, du sérum antidiphtérique, pourront se réapprovisionner dans les mêmes conditions que les dépositaires, au fur et à mesure des délivrances de sérum qu'ils effectueront.

Voir la suite page XIII-105

PARTIE SCIENTIFIQUE

DEUX CAS DE SILICOSE (1)

Par Pasteur Vallery-Radot
Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine (Hôpital Bichat)

L'affection dite *silicose* doit être connue, car elle peut être l'origine de graves erreurs de diagnostic, tant par son allure clinique que par ses images radiologiques. Deux cas de silicose, observés récemment dans notre service, vous montreront l'aspect que revêt cette affection.

Le premier de nos malades est un homme âgé de 55 ans. Ancien mineur, il manie actuellement une grue qui charge et décharge du sable. Il entra à l'hôpital Bichat le 15 novembre 1942 pour dyspnée, toux, expectoration et fléchissement de l'état général. Jusqu'en 1939, il était bien portant. Il présenta, à cette époque, quelques crachats hémoptoïques. En 1940, nouvel épisode hémoptoïque. Jamais les examens faits dans des dispensaires n'ont pu déceler de bacilles de Koch. En 1941, apparition d'une légère dyspnée à l'effort. En août 1942, il est hospitalisé dans le service du Docteur Paraf ; à ce moment, il ne se plaint que d'essoufflements, il n'a ni fièvre, ni amaigrissement, on observe une expectoration peu abondante, l'état général est bon. Etant données les hémoptysies antérieures, on fait de nouveaux examens des crachats, une radiographie pulmonaire après lipiodol et une bronchoscopie : ces explorations permettent d'éliminer tuberculose, bronchectasie et cancer.

Lorsque ce malade entra dans notre service, il était très dyspnéique, il toussait, son expectoration était mucopurulente, il présentait de la fièvre, son état général était médiocre. L'auscultation décelait de nombreux râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux champs pulmonaires et quelques râles fins à la base droite. Les bruits du cœur étaient assourdis, la tension artérielle était de 12.7, on ne constatait aucun signe périphérique d'insuffisance cardiaque. Le reste de l'examen était entièrement négatif ; notons cependant un tatouage anthracosique des mains.

La radiographie montrait de petites taches nodulaires floues, disséminées dans les deux champs pulmonaires. Dans la région hilaire, on observait deux masses très sombres avec, dans leur intérieur, des petits nodules d'une teinte plus accentuée, ce qui faisait penser qu'il s'agissait d'une série de nodules parahilaires qui s'étaient condensés.

Bien que ces images fissent songer d'emblée à la tuberculose pulmonaire, l'absence de bacilles de Koch dans les expectorations faisait éliminer ce diagnostic. *Il s'agissait*, en effet, d'un *faux tuberculeux* : ce malade avait travaillé de 1910 à 1928 dans une mine, où il n'avait cessé de respirer des poussières de charbon, sans en ressentir de dommage ; plus tard, il avait manipulé une grue, qui l'avait exposé constamment à l'inhalation de poussières minérales. Le diagnostic de *silicose* pouvait être posé.

Notre malade, pendant trois semaines, eut une température au-dessus de 38°-39. Il prit du septoplix, puis on lui fit du benzoate de soude intraveineux. L'expectoration demeura abondante. Le 11 décembre, brusquement, il eut une forte dyspnée ; on constata une diminution du murmure vésiculaire dans un champ pulmonaire et la radiographie montra de ce côté un pneumothorax. Les jours suivants, la température descendit lentement pour revenir à la normale. Les expectorations diminuèrent et bientôt le poumon reprit sa place normale, comme le montrèrent les images radiologiques.

Le malade quitta le service nettement amélioré, sans plus avoir de signes d'infection bronchique, seule la dyspnée persistait. Les images radiologiques étaient semblables à celles qui avaient été observées lors des premiers examens faits dans le service.

Nous avons eu l'occasion d'observer un second malade, atteint également de silicose. C'était un Ethiopien de 42 ans, qui entra dans le service le 9 mars dernier. Il exerça la profession de mineur, puis de chauffeur de chaudière.

Le début des troubles remontait à six mois. Lorsque nous l'examinâmes, il avait une dyspnée, apparaissant surtout à l'effort. Cette dyspnée avait été le premier symptôme en date, puis étaient apparus de la toux, enfin des crachats striés de sang. L'aspect général était bon, il n'avait ni fièvre, ni amaigrissement. L'auscultation pulmonaire dénotait à la base droite quelques râles fins, surtout marqués après la toux. Les crachats étaient d'aspect banal, muqueux. On ne constatait de bacilles de Koch, ni à l'examen direct, ni après homogénéisation. La radiographie pulmonaire montrait une image assez comparable à la précédente : petits nodules extrêmement nombreux, disséminés dans les deux poumons ; dans la région hilaire, on voyait des nodules agglomérés. Au premier abord, on aurait pu penser à une granulie, mais l'état général excellent et l'absence de bacilles de Koch faisaient éliminer ce diagnostic et, étant donnés les métiers exercés par le malade, on pouvait poser celui de *silicose*.

Cet homme resta quelques semaines dans notre service. Il en partit avec un très bon état général.

Voilà donc deux sujets, qui ont été atteints l'un et l'autre de cette maladie très particulière qu'on appelle la *silicose*.

La silicose fait partie des *pneumoconioses*, état pathologique de l'appareil respiratoire déterminé par l'inhalation de poussières. Ce peuvent être des *poussières animales ou végétales* : c'est ainsi que les pneumoconioses s'observent chez les cardeurs, les peigneurs de laine, les débourreurs de coton, les charpentiers, les menuisiers, les boulangers. Les pneumoconioses se voient particulièrement chez les mineurs et ici l'affection prend le nom d'*anthracose*. Ce peuvent être des *poussières minérales* : fer, ardoise, amiante, et surtout silice. Dans ce dernier cas, l'affection prend le nom de *silicose* : il peut s'agir de tailleurs de pierres, de verriers, de faïenciers, de porcelainiers (Léobardy a fait une étude remarquable de la silicose chez les porcelainiers de Limoges). Les ouvriers des mines de charbon, en raison de la silice qui est associée au charbon, et les ouvriers des mines d'or, peuvent faire de la silicose.

(1) Leçon de Clinique médicale faite à l'hôpital Bichat.

Pour que se produise la silicose, il faut que l'ouvrier reste pendant des années dans une atmosphère de poussières et il faut une forte densité de ces poussières. Il faut, d'autre part, que ces poussières aient un petit volume (de 1 à 5 μ) pour qu'elles puissent pénétrer dans les cavités alvéolaires.

Il ne semble pas que l'on puisse incriminer, comme on serait tenté de le faire, une action irritative mécanique des poussières. En effet, les poussières de charbon ont des arêtes tranchantes et des pointes acérées et, cependant, le charbon, lorsqu'il est seul en cause, est bien toléré par le poumon, comme l'ont montré expérimentalement Claisse et Josué ; pour que le charbon crée une pneumoconiose, il faut que le charbon soit associé à de la silice, d'où les auteurs modernes pensent que le terme d'*anthracose* n'est pas une bonne appellation puisqu'il s'agirait en réalité toujours de *silicose*.

La silice aurait peut-être une action chimiotoxique, car, solubilisée en milieu alcalin, elle produirait, d'après certaines expériences, une nécrose, puis une fibrose.

La symptomatologie de la silicose est simple.

Dans un premier stade, qui dure pendant de très nombreuses années, l'affection est complètement latente. C'est seulement la radiographie qui décèle des ombres linéaires au niveau du poumon.

Au bout de plusieurs années, les premiers symptômes apparaissent : c'est le *second stade* de l'affection.

Le sujet se plaint de dyspnée d'effort. Cette dyspnée ne s'accompagne ni de toux, ni d'expectoration, à moins qu'il y ait une infection bronchique surajoutée comme chez notre premier malade. Notre second malade, dont le début de l'affection remontait seulement à six mois, n'avait que de la dyspnée.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est rude, l'expiration est prolongée ; s'il y a infection bronchique, on entend des râles disséminés.

Le malade n'a pas de fièvre, à moins qu'il ait infection bronchique.

A la radiographie, on voit des nodules d'environ 6 mm. de diamètre, diffus, bilatéraux, symétriques, à prédominance hilaire, et des bandes de sclérose.

Dans un *troisième stade*, le malade a une forte dyspnée d'effort, associée à une dyspnée permanente. Il commence à faire de la défaillance cardiaque : cyanose, œdèmes des membres inférieurs. A l'auscultation, on constate une diminution de l'amplitude thoracique et un allongement de l'expiration. Quand existe de la bronchite surajoutée, on perçoit des râles. La radiographie montre les mêmes nodules et, en plus, parfois, des images pseudotumorales dans la région hilaire, images dues à la coalescence de plusieurs nodules.

L'*évolution* de la maladie est très longue. Elle peut être de dix, quinze, vingt ans. Le malade meurt d'insuffisance cardiaque ou de tuberculose, car la tuberculose s'associe souvent à la silicose.

Les *complications* ne sont pas fréquentes. On observe rarement de petites hémoptysies ; quand elles existent, on pense presque toujours, à tort, à la tuberculose. Notons que chez nos deux malades, il y eut des hémoptysies.

Le pneumothorax spontané, comme il s'est produit chez un de nos malades, est rare ; cependant Rist et d'autres auteurs l'ont signalé. L'abcès du poumon peut s'observer.

Dans quelques cas exceptionnels, un cancer du poumon est venu se greffer sur une silicose.

Le *diagnostic* est parfois difficile. Les petites images nodulaires pourraient être celles d'une granulie ou être des aspects de poumon cardiaque ou encore des micro-nodules de cancer secondaire du poumon. Quand on observe des masses opaques dans la région parahilaire, on pourrait penser à un cancer primitif.

Cliniquement, c'est d'ordinaire la tuberculose que l'on évoque.

Le bon état général, tout au moins au début de l'affection, la température normale (à moins qu'il y ait infection bronchique surajoutée), l'absence de bacilles de Koch dans les crachats sont autant d'éléments qui, venant s'associer à la connaissance de la profession du malade, permettent de faire le diagnostic de silicose.

D'interminables discussions se sont élevées en ces dernières années à propos de la silicose, à la suite des examens histopathologiques, qui ont été pratiqués. On s'est demandé si le nodule silicotique, qui est formé de silicium et de calcium, ne serait pas un nodule tuberculeux fibreux, qui fixerait les particules de silice. Evidemment, dans les nodules silicotiques, il n'y a ni cellules géantes, ni bacilles de Koch, ni caséification ; mais n'y a-t-il pas des nodules tuberculeux fibreux, qui n'aboutissent jamais à la caséification, qui restent purement fibreux sans qu'on y voit de cellules géantes et de bacilles de Koch ? Pour un certain nombre d'auteurs, la silicose serait donc simplement une manifestation de tuberculose.

Le Congrès de Genève de 1938, qui s'est occupé de la question de la silicose, a conclu : Il y a des cas de *silicose pure*, ils sont assez rares. Les cas de *silico-tuberculose* sont plus fréquents : ils se produisent par les actions intimement liées des poussières silicotiques et du bacille de Koch ; les poussières silicotiques favoriseraient la tuberculose, d'autre part, une tuberculose antérieure favoriserait l'évolution d'une silicose. Les deux processus marcheraient de pair. Si l'on ne trouve pas de bacilles de Koch à l'examen des nodules silicotiques, il n'est pas exceptionnel de tuberculiser le cobaye par l'inoculation d'un nodule silicotique. L'évolution fréquente de la silicose vers une tuberculose cliniquement manifeste serait une autre preuve de la nature tuberculeuse du processus.

On est allé jusqu'à prétendre que l'on pourrait par la radiographie faire le diagnostic différentiel de la silicose pure et de la silico-tuber-

culeuse : dans le cas de silicose pure, on verrait des nodules à bords bien nets, tandis que, dans le cas de silico-tuberculose, les bords des nodules seraient flous, cotonneux.

S'il n'existe pas de *traitement* de la maladie, il n'en reste pas moins qu'il faut soustraire le malade aux poussières, qui sont l'origine de la silicose. Cependant, on a constaté que, même si le sujet ne reste pas dans l'atmosphère poussiéreuse, on ne peut guère arrêter le processus morbide. Il faut donc, avant tout, essayer d'empêcher la silicose. C'est pourquoi on tâche de supprimer ou de diminuer, autant que possible, les poussières de silice dans les chantiers, les ateliers et les mines.

UNE NOUVELLE INFECTION SAISONNIÈRE : LA LEPTOSPIROSE A GRIPPO-TYPHOSA

Par Maurice Brunel
Ancien chef de Clinique à la Faculté

L'été, saison des bains de rivière, est aussi la saison des infections à leptospires. Les médecins français sont, actuellement, familiarisés avec la spirochétose ictéro-hemorragique, variété la plus fréquente de ces leptospiroses, même dans ses formes atypique : anictériques, méningées. Or, la pratique de séro-agglutinations telles qu'elles sont effectuées en série à l'Institut Pasteur, avec de nombreuses souches de ces spirilles, a montré l'apparition récente, en France, de leptospiroses à L. grippo-typhosa, jusqu'ici inconnues dans nos régions. Les premiers cas français, groupés en une petite épidémie contractée en Touraine pendant l'été 1942, ont été rapportés en février 1943 par J. Decourt. Un cas sporadique, issu d Seine-et-Marne, a été rapporté à la même époque, par le Professeur Lemierre. Nous-même venons d'en observer un cas récent, issu de Seine-et-Oise. A l'occasion de ces premières observations, il est intéressant d'attirer l'attention sur une infection qui réalise le tableau clinique d'une leptospirose anictérique à évolution bénigne, et d'en préciser — du point de vue épidémiologique — les premiers foyers d'infection. L'histoire des maladies nous enseigne qu'il y a une pathologie « saisonnière », comme il y a une pathologie « géographique » propre à chaque région ; mais les circonstances de guerre, les brassages de troupes et de populations qui en résultent font apparaître, en bien des pays, des infections qui y étaient — jusque-là — inconnues ; la France a connu, depuis quelques décades, des cas autochtones de paludisme, d'amibiase, de mélitococcies ; elle a vu apparaître les leptospiroses à sp. ictéro-hémorragique ; les leptospiroses à L. grippo-typhosa semblent les plus récemment importées, de ces infections et il semble logique d'en prévoir, — dès à présent — l'apparition de cas plus fréquents !

Caractères épidémiologiques. — Cette maladie fut d'abord, et depuis longtemps, connue en Allemagne, où elle revêt un caractère épidémique et saisonnier, en. Silésie et en Bavière du sud notamment ; les appellations multiples, qui lui sont données dans les différents pays de l'Europe orientale, indiquent assez l'importance attachée au facteur hydrique : fièvre aquatique estivale, maladie de la vase, de la boue, des marais, des champs, des inondations, etc... La variété de leptospirose en cause n'a été identifiée que récemment par les auteurs russes, à la suite d'épidémies dans la région de Moscou (1927-1928), puis d'Odessa (1932-1933) ; et baptisée par eux : « L. grippotyphosa aquatilis ». Des cas analogues ont été observés depuis: en Italie du Nord, en Tchécoslovaquie, en Hollande. Il est curieux de constater que les premiers cas observés en France, furent, en réalité, ceux signalés parmi les troupes d'occupation, sous forme d'une petite épidémie déclarée, en août 1940, chez des soldats qui se baignaient dans une rivière des Charentes.

Le rôle de l'eau est manifeste : dans certains pays, on a toujours insisté sur le rôle des eaux boueuses, après les inondations, à l'époque de la fenaison (fièvre de fenaison) ; certains terrains constituent des foyers d'infection endémique ; la contamination se fait au cours du travail, dans des égouts ou dans des terrains inondés, mais surtout au cours des bains de rivière, pendant l'été. Le mal de de notre observation avait pris, pendant les quinze jours qui précédèrent le début de sa maladie, des bains dans une rivière de Seine-et-Oise (L'Essonne) ou dans des étangs, dérivés d'anciennes ourbières, notoirement infestés de rats ! La maladie atteint surtout des hommes jeunes, par des portes d'entrée qui peuvent être multiples : cutanées ou muqueuses, rhino-pharyngée, oculaire, digestive. Le rôle des réservoirs de virus est bien établi : il s'agit d'une souris spéciale « microtus arvensis », animal à courte queue et bon nageur, qui semble spécialement adapté au rôle vecteur de ces leptospires.

L'identification biologique des cas français a été faite à l'Institut Pasteur, par Madame Kolochine-Erber, grâce aux séro-réactions d'agglutination-lyse, pratiquées en série avec des souches multiples de leptospires. Les premiers rapporteurs et M. Mollaret ont eu le mérite de préciser les caractères cliniques et biologiques de cette nouvelle infection (1).

Caractères cliniques. — Le tableau clinique est celui d'une leptospirose anictérique, à évolution plus bénigne et plus courte que celle de la spirochétose ictéro-hémorragique habituelle. Notre observation se superposait absolument à ce schéma.

(1) Ce travail est, en partie, inspiré du mémoire de Mollaret, publié en avril 1943. Depuis la présentation de notre observation en octobre 1943 à la Soc. Med. Hôp. Paris, plusieurs cas nouveaux ont été identifiés.

— L'incubation est variable de 2 à 20 jours.

— L'invasion est toujours brutale : frissons intenses et répétés, ascension thermique à 39° 40°, céphalée et rachialgies violentes, sensations de jambes coupées, empêchant brusquement tout effort musculaire. C'est aussitôt la période d'état : malgré un extrême polymorphisme, au milieu des symptômes infectieux multiples, il en est qui donnent à cette infection un cachet très spécial et font penser à la leptospirose: ce sont des phénomènes douloureux intenses au niveau des muscles, la coloration cuivrée du faciès, l'injection conjonctivale et l'atteinte, même très discrète, de la fonction hépato-rénale. L'ensemble des symptômes atteint on acuité maxima le troisième jour : température à 40°-41° en plateau plus ou moins régulier, avec légère prostration. Mais les phénomènes douloureux sont plus intenses que dans la banale grippe, à laquelle on pense tout d abord : céphalée violente, douleurs de la paroi abdominale, myalgies des membres inférieurs (sensations de coups de couteau dans les mollets !) avec hyperesthésie cutanée diffuse, insomnie. Le faciès a un teint très spécial, cuivré ou orangé, mais non ictérique. Les rachialgies sont exagérées par l'examen, qui met en évidence une légère raideur du rachis, réalisant au maximum un syndrome méningé fruste, avec photophobie et quelques hallucinations. Les troubles digestifs sont constants : nausées, quelques vomissements, constipation ou diarrhée, langue sale à bords rouges, pouvant réaliser suivant leur groupement, un syndrome pseudo-typhique ou pseudo-appendiculaire, d'ailleurs fugace. Il n'y a pas d'ictère, tout au plus un léger subictère ; les signes oculaires ajoutent, à la coloration du facies une note très particulière : les yeux sont « injectés » par la tension des vaisseaux conjonctivaux péri-cornéens ; rarement s'y surajoutent des complications cornéennes ou iriennes. Parfois au troisième ou sixième jour, surviennent quelques éruptions frustes, fugaces, souvent méconnues, scarlatiniformes ou morbiliformes, siégeant au tronc et à la racine des membres ; les adénopathies cervicales, axillaires ou inguinales ne sont pas de constatation constante.

Mais il y a toujours des stigmates humoraux d'une légère altération de la fonction hépatorénale : hyperazotémie transitoire à 0,40, 0,50, 0,75 ‰ ; dans les urines, qui sont rares et hautes en couleur, il y a de petites quantités d'albumine, d'urobiline, parfois sels et pigments biliaires, hématies et cylindres hyalins ; dans notre cas, nous avons constaté ces éléments anormaux du troisième au sixième jour. Il n'y a pas de syndrome hémorragique vrai, tout au plus de légers épistaxis. L'adynamie est marquée, la tension basse (8-4 dans notre cas). Mais la maladie a une évolution courte : au cinquième ou sixième jour, la température tombe brutalement ou en lysis rapide ; l'état général s'améliore aussitôt, les phénomènes critiques apparaissent : polyurie claire, sueurs abondantes qui persisteront au cours de la convalescence. Une reprise fébrile sans gravité peut survenir au bout de un à quatre jours. Au dixième ou douzième jour, la maladie est terminée, la convalescence, comme dans toutes les leptospiroses, sera longtemps gênée par des sensations de fatigue, des myalgies, des sueurs. Une récurrence fébrile peut survenir au bout de trois semaines. La guérison se fera toujours sans séquelles. Les formes graves sont exceptionnelles ; la maladie donne plutôt lieu, par sa bénignité, à des formes frustes, méconnues, inapparentes, pseudo-grippales ou digestives. On peut, dans certains cas, voir des formes ictériques ou méningées, à liquide céphalo-rachidien, tantôt normal, tantôt à formule inflammatoire ; il est des formes encéphalitiques ou myocloniques à régression beaucoup plus lente (Decourt).

Le diagnostic peut se poser dans les conditions les plus variables ; il est beaucoup plus souvent méconnu du fait de l'évolution courte et bénigne de cette infection. En pratique un syndrome infectieux brutal, dont la note spéciale est donnée par les myalgies importantes, la coloration du faciès, l'injection conjonctivale, l'altération passagère de la fonction hépato-rénale, doivent faire penser à la leptospirose, quelle qu'en soit la variété, et faire pratiquer les recherches d'identification biologique. Il va sans dire que la notion de bains de rivière antérieurs est un commémoratif de grande valeur.

Identification biologique. L'hémoculture pour être valable, doit être pratiquée dans les trois premiers jours de la maladie ; elle donne des résultats inconstants et trop tardifs. La recherche de la spirochéturie n'est pas démonstrative ; elle ne peut être pratiquée que tard, du 15e au 18e jour ; nous l'avons recherchée du 10e au 13e jour sans résultats. Pratiquement, un seul procédé de laboratoire est spécifique et suffit, en éliminant la spirochétose ictéro-hémorragique, à affirmer la leptospirose à L. grippo-typhosa : c'est le séro-diagnostic qui doit être pratiqué à l'Institut Pasteur. Il faut effectuer des réactions de séro-agglutination et de lyse en série, avec de nombreuses souches de leptospires, car le L. grippo-typhosa morphologiquement identique à Sp. ictéro-hémorragique, en diffère par ses propriétés antigéniques. Le taux d'agglutination qui demeure inférieur au 1/1.000e sans lyse, pour Sp. ict. hémorr., va croissant à partir du dixième jour de la maladie, atteint le 1/10.000e et même le 1/50.000e, rarement plus, avec L. grippo-typhosa ; puis ce taux diminue progressivement après la convalescence, pour demeurer encore élevé après de nombreux mois. Il faut donc pratiquer cet examen à partir du dixième jour de la maladie.

Le traitement, étant donnée l'allure spontanément bénigne de la maladie, se bornera aux anti-infectieux symptomatiques habituels, faute de médication spécifique. L'avenir nous montrera si cette infection saisonnière est appelée à acquérir, en France, un caractère d'actualité ;

il importe d'en connaître, dès à présent, les caractères cliniques et biologiques, tout comme les foyers d'infection. Elle semble avoir été ignorée, jusqu'à il y a un an environ, de la plupart des cliniciens français, parce qu'aucune recherche sérologique n'avait été effectuée, dans notre pays, avec une souche de L. grippotyphosa.

Les Thèses

Dr Gaston Touret. — **Contribution à l'étude de l'induration plastique des corps caverneux (maladie de La Peyronie).** (Thèse de Paris, 1943).

Décrite en 1743 par de La Peyronie, dans un mémoire à l'Académie royale de chirurgie, l'induration plastique des corps caverneux est une affection caractérisée par la production de un ou plusieurs noyaux indurés siégeant dans les corps caverneux, particulièrement dans la cloison médiane séparant les deux corps caverneux.

Cette affection, qui apparaît en moyenne vers l'âge de 50 ans, entraîne des troubles plus ou moins accentués de l'érection et de l'éjaculation. Le pénis, au moment de l'érection (souvent douloureuse), se coude, ce qui rend le coït difficile et gêne la sortie du sperme. L'entrave apportée aux rapports sexuels peut être à l'origine de troubles psychiques.

Le diagnostic est en général facile. Le cancer du pénis débute plutôt au niveau du gland et du prépuce et à un âge plus avancé. Le cancer de l'urèthre est rare et saigne facilement. Les tumeurs bénignes s'accroissent avec plus de rapidité.

La pathogénie a suscité de nombreuses hypothèses. On a mis en cause, avec plus ou moins de précision, la blennorrhagie, la syphilis, la maladie de Nicolas-Favre, les traumatismes, une prédisposition à réaliser du tissu fibreux, etc. On a noté l'association avec la maladie de Dupuytren. Comme traitement, recourir aux rayons X, à l'ionisation et en dernier lieu à l'exérèse chirurgicale.

Dr Renée Huffer. — **Les hémopathies benzoliques retardées.** (Thèse de Paris, 1943).

L'auteur relate trois cas d'hémopathies benzoliques dont les premiers symptômes sont apparus sept mois, seize mois et vingt mois après la cessation du contact avec le toxique. Plusieurs explications ont été proposées pour donner une base pathogénique à ce retard des accidents. Quoi qu'il en soit, au point de vue législatif, il apparaît souhaitable, dans ces conditions, de reculer le délai d'imputabilité, actuellement fixé à un an après l'arrêt du contact professionnel avec le benzol.

Dr Marc Bastien. — **Cinq observations de néphrite chronique d'origine gravidique.** (Thèse de Lyon, 1943).

L'auteur rapporte cinq observations recueillies sur les registres de la Clinique obstétricale de Lyon. Il s'agit de cinq cas de néphrites chroniques consécutives à des néphropathies gravidiques, chez des femmes n'ayant présenté aucune manifestation rénale avant leur grossesse.

Dans sa thèse de 1938, P. Jacob avait conclu que des lésions rénales persistantes pouvaient s'observer dans une proportion de 20 % des cas de néphropathies gravidiques.

Les Livres

G. Doin et Cie, éditeurs,

Georges Mouriquand, professeur à la Faculté de Lyon. — **Précis de médecine infantile.** 5e *édition, entièrement refondue.* Un vol. (Collection Testut), 948 p., 209 fig., Prix : 295 francs.

Cinquième édition de l'ouvrage classique de Weill et Mouriquand, le Précis de médecine infantile du Professeur Mouriquand a été mis au courant des derniers progrès de la pédiatrie. Aux anciens chapitres rénovés ont été adjoints nombre de chapitres nouveaux, en particulier : la posologie chez l'enfant, la fièvre boutonneuse, l'hémogénie, la mélitococcie, la fièvre ganglionnaire, etc. Les dystrophies de croissance (maladie de carence, troubles endocrinologiques), auxquelles l'auteur a consacré d'importants travaux personnels, sont l'objet d'exposés particulièrement intéressants.

Ce livre, qui s'étend principalement sur la séméiologie, le diagnostic et le traitement des maladies, reste pour le praticien un guide précieux de médecine infantile.

Éditions du Comité français d'études « Prévention et Sécurité »
104, boulevard Haussmann

Mesures de sécurité dans les industries du bois. — I. L'hygiène dans les industries du bois. — II. Mesures de sécurité d'ordre technique communes à toutes les industries du bois. — III. Mesures particulières aux industries de l'emballage en bois. — IV. Mesures particulières aux entreprises de charpente, menuiserie, ébénisterie, etc. — V. Mesures particulières aux industries du tranchage, placage, etc., — VI. Mesures particulières à la saboterie et la galocherie. — VII. Industries diverses du bois. Sept brochures de 24 p., 194 p., 28 p., 16 p., 34 p., 12 p., 4 p., avec figures.

Ces brochures fournissent des renseignements techniques susceptibles d'intéresser le médecin d'usine.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,

François Leuret, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — **Mémento de pharmacologie.** Préface du Professeur J. Carles. Un vol. in-8o de 250 pages. Prix : 55 francs.

Dans cet ouvrage, qui est une mise au point concise et pratique de nos connaissances actuelles en pharmacologie, le lecteur trouvera tous les renseignements utiles sur les médicaments anciens et nouveaux.

Les qualités d'exposition et de clarté de l'ouvrage, le choix des formules volontairement limitées en nombre et rigoureusement sélectionnées, grâce à la grande expérience clinique de l'auteur, font de ce mémento un « vade-mecum » pour le praticien.

Livres récemment parus

Librairie Armand Colin,
103, Boulevard Saint-Michel,

Dr Robert Broca, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. — **La médecine infantile.** Un vol. 188 p. 20 fig. Prix : 24 francs.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de quelques cas récents de typhus exanthématique dans la région parisienne

(MM. TANON, CAMBESSÉDÈS et J. BERGER ; 2-11-43)

Quelques cas de typhus exanthématique ont été observés au cours de ces derniers temps dans la région parisienne. Le premier cas, survenu en mars 1943, concernait un homme vraisemblablement contaminé à Bizerte et venu en France par avion. Trois autres cas ont éclaté chez des détenus ayant séjourné à la prison de Fresnes, en avril 1943. Un cinquième et dernier est apparu en août chez une chiffonnière du quartier Maubert.

Des mesures furent prises (prison consignée, vaccinations, désinsectisation, etc.) et purent être réalisées grâce au concours de la Préfecture de police. Un de ces malades, chez lequel le typhus se manifesta quelques jours après sa sortie de Fresnes, avait la « spécialité » (si l'on peut dire) — « spécialité » cause de ses incarcérations multiples — de changer d'hôtel chaque jour et de partir les lendemains matins en emportant les draps. Le service des garnis put ainsi retrouver les chambres où il avait passé ses nuits et les voyageurs qui y avaient séjourné après lui, ce qui rendit possible la mise en œuvre des mesures prophylactiques. Pour ce qui concerne le malade de Bizerte, déparasité déjà à l'arrivée et qui vivait dans un milieu différent, le dispositif prévu d'avance pour les cas de cette catégorie fut appliqué.

M. Tanon signale, enfin, la valeur du procédé de l'hémodiagnostic, introduit en France par L.-C. Brumpt, si pratique pour le dépistage systématique de la maladie. Rappelons aussi, à ce point de vue, la réaction de Weil-Félix et la réaction de Weigl (agglutination des rickettsias).

Phénomènes de dénutrition chez les aliénés Résultats d'une enquête à l'hôpital Sainte-Anne

(Mme L. RANDOIN ; 2-11-1943)

La sous-alimentation actuelle a causé chez les aliénés des troubles graves et elle a eu assurément une répercussion sur le pourcentage de mortalité qui n'était à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne que de 9 à 10 p. 100 avant la guerre et qui est passé en 1941 à 21 p. 100 environ.

Les besoins énergétiques de la plupart des aliénés sont certainement plus élevés que ceux des sujets normaux. Déjà en 1793, période de restrictions également, Pinel, alors médecin-chef à Bicêtre, considérait la ration quotidienne donnée aux aliénés à cette époque troublée (178 gr. de viande, 720 gr. de pain, 12 gr. de haricots, etc., correspondant à 2.370 calories d'après les calculs que l'on peut en établir aujourd'hui) comme insuffisante. Le désordre des mouvements, l'inquiétude constante, le manque de sommeil, etc., augmentent les dépenses énergétiques chez les psychopathes. Il faut considérer qu'un certain nombre d'entre eux, dont l'état mental relève d'intoxications diverses, sont curables. M. Vincent montrait dernièrement le rôle de la coli-bacillose dans la pathogénie de certaines psychoses.

Quoiqu'il en soit, une amélioration du régime (adjonction de fromages maigres, d'escalopes de poisson, etc.), a permis déjà des gains de poids chez les malades hospitalisés à Sainte-Anne.

Inscription de l'arsenic métalloïdique au tableau A des substances vénéneuses

(M. R. FABRE ; 9-11-1943)

L'arsenic métalloïdique, en raison de son insolubilité, a pu être considéré comme non nocif, mais cette insolubilité n'est que relative, l'arsenic se solubilisant à l'état d'anhydride arsénieux, au contact de l'oxygène de l'air et de l'eau. M. Fabre, au nom de la Commission des toxiques, demande dès lors l'inscription de l'arsenic métalloïdique au tableau A et la modification de l'article 11 du décret du 14 septembre 1916 suivant le nouveau texte suivant : La délivrance et l'emploi de l'arsenic métalloïdique ainsi que des composés arsenicaux solubles sont interdits pour la destruction des parasites nuisibles à l'agriculture ainsi que pour la destruction des mouches... (le reste de l'article sans changement).

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les tuberculoses de famine étudiées dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine

(MM. Pierre BOURGEOIS, J. VIE et A. BELLIN 18-6-1943)

Le milieu des hôpitaux psychiatriques est à « population stable », avec des conditions d'alimentation bien définies, et à l'abri des facteurs psychologiques, qui jouent un rôle si important dans la genèse et l'aggravation des manifestations tuberculeuses de l'adulte. Néanmoins, depuis 1939, l'amaigrissement moyen des sujets est passé à 13 kgr. et même 19 kgr. pour ceux qui ne reçoivent aucun colis de l'extérieur. D'autre part, la mortalité annuelle pour tuberculose pulmonaire s'est élevée de 20 % en temps normal à 42 % en 1942, et même à 50 % en 1943 ; il en a été ainsi, malgré une augmentation relative de la ration alimentaire au cours des derniers mois. On observe généralement des formes à dissémination rapide, s'accompagnant d'une aggravation de l'amaigrissement du malade, mais avec un état subfébrile extrêmement modéré. Quand l'évolution se fait vers la mort, c'est dans des délais de deux à six mois, échappant à tout essai thérapeutique. Dans un très grand nombre de cas, la tuberculose se développe sur des poumons, qui étaient cliniquement et radiologiquement sains avant l'apparition des accidents aigus terminaux.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16-7-1943

Rétention intragastrique du bouton anastomotique

M. CHUREAU (de Chatillon-sur-Seine), revenant sur cette question à propos d'un cas de ce genre opéré par lui, estime que c'est là une complication rare (neuf cas signalés dans la littérature des quinze dernières années). Cependant, il n'admet l'emploi du bouton pour la G. E. que dans les cas réclamant l'extrême urgence et où il faut aller très vite.

A propos d'une salpingite tuberculeuse

Mme BRIAN-GARFIELD relate une intervention, pour cette affection, qu'elle a terminée par la mise en place d'un Mickulicz et un poudrage aux sulfamides. Elle discute sur l'efficacité de ce traitement.

Les furoncles de la face

M. DUFOURMENTEL, décrivant les diverses variétés de cette maladie, insiste surtout sur la forme mortelle. Cette dernière est caractérisée par la présence d'un furoncle *unique* siégeant sur l'aile du nez ou la lèvre supérieure au voisinage immédiat de cette aile. Semblant bénin au début, il donne très rapidement des signes généraux graves qui aboutissent à la mort en trois à six jours. L'hémoculture est constamment positive et révèle du staphylocoque doré. Des signes veineux de thrombo-phlébite peuvent apparaître, mais ils ne traduisent qu'une complication ; qu'ils surviennent ou non, l'issue fatale n'en est pas moins certaine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les bienfaits de la lithotritie moderne

(M. Georges LUYS ; 23-10-1943)

L'auteur montre la haute valeur de la lithotritie pour le traitement des calculs vésicaux de volume moyen. Toujours anodine quand elle est correctement pratiquée par un opérateur attentif, patient et connaissant bien la technique délicate de cette intervention, la lithotritie ne demande qu'une hospitalisation de 48 heures.

Elle s'oppose à la taille hypogastrique qui oblige au séjour en maison de santé pendant au moins trois semaines et présente des dangers incontestables. Pratiquer une taille hypogastrique pour enlever un petit calcul vésical est un véritable défi au bon sens.

L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un homme de 73 ans, très actif, qui, lithotritié par le Docteur ESCANDE (de Béziers), put 48 heures après l'opération, reprendre complètement sa vie active et ses occupations. Le calcul n'avait pu être repéré par la radiographie, qui avait été négative, en raison de sa composition chimique ; il était constitué uniquement par des cristaux d'acide urique pur non décelables par les rayons X.

La lithotritie, pratiquée après repérage au cystoscope à prisme, donna un résultat parfait et définitif, sans anesthésie générale et avec une simple anesthésie locale.

Climalyse et courants progressifs

(M. DUHEM ; 23-10-1943)

L'auteur rappelle les propriétés sélectives des courants progressifs qui permettent d'établir un nouveau procédé d'électrodiagnostic par la recherche de l'annulation du seuil de la rhéobase. C'est la climalyse de M. LAPICQUE. Ils permettent également un procédé rationnel d'électro-thérapie, grâce auquel seuls les muscles qui en ont besoin peuvent être excités proportionnellement à l'intensité de leur lésion qui a été déterminée par la recherche du seuil de climalyse.

Etude radio-clinique d'un Schwannome gastrique

(MM. BÉCART et Marcel JOLY ; 23-10-1943)

Les auteurs présentent le cas d'un malade soigné durant deux ans pour une anémie grave étiquetée faussement maladie de Biermer. Une radiographie de l'estomac révéla la présence d'une tumeur qui semblait bénigne. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un schwannome en voie de dégénérescence. Le malade put reprendre sa vie normale pendant un an, mais il fit une récidive qui confirma le diagnostic de l'examen histologique.

La Presse

Les hémopathies des soudeurs

Tel est le sujet d'une étude faite par L. PIERQUIN, R. HERBEUVAL et E. ZAPFEL, qui mettent au point cette question, à l'occasion d'une observation personnelle. Les causes en sont des opérations répétées de soudure au chalumeau oxyacétylénique et à l'arc électrique. Ces hémopathies comprennent des polyglobulies, des leucocytoses, des anémies et des leucémies. La polyglobulie est secondaire à une anoxémie respiratoire, la leucocytose à l'hyperpyrexie ; l'anémie et la leucémie seraient le résultat d'une myélotoxicose, due à un carbure d'hydrogène. D'où la nécessité d'une visite d'embauche, éliminant les hémogéniques, les hépatiques, les anémiques, les anciens malades, et celle de visites périodiques, visant à dépister l'anomalie hématologique à son début. (*Arch. des maladies professionnelles*, nos 3-4, 1943).

Le traitement des constipations rebelles par l'infiltration novocainique du sympathique lombaire

G. FAROY, J. ARNOUS et J. FÉNÉON ont ainsi traité 35 cas de constipation rebelle, et ils ont été surpris d'améliorer et même de guérir de façon simple et rapide la majorité de leurs malades, qui avaient essayé auparavant la plupart des traitements habituels. Ils ont obtenu 66 p. 100 de guérisons, 17 p. 100 d'améliorations, avec 17 p. 100 d'échecs. Dans les cas de guérison, le résultat a été obtenu très rapidement, dès le lendemain de la première ou de la deuxième infiltration lombaire, de 20 c. c., ou mieux 40 c. c. de novocaïne pour les trois quarts des malades, constipés opiniâtres de l'enfance. Six succès datent de plus d'un an ; chez ces sujets, on a cru bon, par précaution, de refaire deux ou trois autres injections. (*La Presse médicale*, 2 octobre 1943).

Où en est la morbidité diphtérique dans la région lyonnaise ?

Le Docteur R. RENDU, dans un exposé statistique, étudie la courbe de la morbidité diphtérique avant et après l'application de la loi de 1938, qui rendit la vaccination antidiphtérique obligatoire. Dans les hôpitaux, la diphtérie apparaît, toutes proportions gardées, aussi souvent chez les vaccinés que chez les non vaccinés, et il ne semble pas que la vaccination puisse diminuer la gravité des atteintes.

L'attention doit être attirée sur les paroxysmes épidémiques spontanés, dont il faut savoir tenir compte pour juger des effets de la vaccination sans négliger un parallèle entre l'âge des vaccinés et celui des sujets atteints. Une recrudescence épidémique s'observe depuis trois ans, aussi bien à Lyon que dans le reste de la France et à l'étranger, et peut-être ce phénomène est-il le début d'une nouvelle vague épidémique, analogue à celle qui a précédé la guerre actuelle. (*Lyon médical*, 13 juin 1943).

Ulcère chronique de la vulve d'origine tuberculeuse

En pareil cas, il faut éliminer la syphilis, la lèpre et la néoplasie. Quant à la tuberculose, écrit E. NAVRATIL, si l'examen histologique de la lésion n'est caractérisé que par des cellules géantes et des amas épithéloïdes sans bacilles, on doit recourir à l'inoculation. Cependant il faut tenir un compte important des antécédents, car, s'il est des tuberculoses vulvaires primitives, la plupart apparaissent secondairement à une tuberculose du col utérin, du vagin et des voies urinaires. (*Zentralbl. f. Gynäkologie*, n° 65, 1943).

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE TRADITIONNALISME CHEZ LES MÉDECINS DE MOLIÈRE A NOTRE ÉPOQUE

La plupart des médecins français sont traditionnalistes. C'est un fait.

Les coutumes médicales bonnes ou mauvaises se transmettent de siècle en siècle et le millénaire serment d'Hippocrate régit encore notre Déontologie.

Les mœurs médicales ont leurs préjugés et nous les retrouvons aujourd'hui telles que les a décrites Molière au XVII[e] siècle.

Nous ne prendrons pas comme exemples toutes les comédies où il met en scène des médecins ; nous convenons qu'il se livre à des exagérations burlesques qui passent la mesure et qui peuvent paraître à notre époque assez peu vraisemblables, mais dans *Monsieur de Pourceaugnac* sont des passages qui, en tenant compte de quelques outrances exigées par la comédie, peuvent s'appliquer à certains médecins de nos jours.

Vous connaissez le sujet de *Monsieur de Pourceaugnac.* Eraste et Julie s'aiment et désirent se marier, mais Oronte, père de Julie, a mis dans sa tête de lui faire épouser un ridicule avocat limousin, Monsieur de Pourceaugnac. Ce dernier est venu à Paris pour voir sa fiancée et a fait la connaissance de son rival.

Eraste, à l'imagination fertile, met en œuvre plusieurs moyens pour éluder ce mariage et le premier mis en œuvre, est de faire passer Monsieur de Pourceaugnac pour fou et de le livrer à un médecin.

Ce médecin, comme il est encore d'usage, appelle en consultation un Maître, un ancien, pour étayer son diagnostic et approuver son traitement. Bien entendu, sans le proclamer, les deux confrères s'entendent comme larrons en foire. M. de Pourceaugnac les prend pour les Maîtres d'hôtel d'Eraste, d'où une suite de quiproquos au cours de l'interrogatoire et de l'examen très sommaire auxquels il est soumis. Puis le premier médecin expose, comme aujourd'hui, à son confrère, en un discours passablement ampoulé, l'idée qu'il se fait de la maladie et le traitement qu'il propose :

« Voilà les remèdes, termine-t-il, que j'imagine, auxquels pourront être ajoutés beaucoup d'autres meilleurs par Monsieur notre Maître et Ancien suivant l'expérience, lumière et suffisance qu'il s'est acquis dans notre art. *Dixi.* »

Ah ! qu'en termes galants ces choses-là sont dites.

Le consultant ne veut pas être en reste de politesse et réplique en termes élogieux pour son confrère en émaillant son discours de quelques mots latins.

« A Dieu ne plaise, Monsieur, qu'il me tombe en pensée d'ajouter rien à ce que vous venez de dire. Vous avez si bien discouru sur tous les signes, les symptômes et les causes de la maladie de Monsieur, le raisonnement que vous en avez fait est si docte et si beau qu'il est impossible qu'il ne soit pas fou et mélancolique, hypochondriaque... Vos prescriptions, je les approuve toutes ; *manibus et pedibus descendo in tuam sententiam.* Tout ce que je voudrais, c'est de faire les saignées et les purgations en nombre impair, *numero deus impare gaudet.* » (Art. I, Sc. XI).

Puis il propose quelques modifications de cette sorte au traitement, et il termine :

« Fasse le ciel que ces remèdes, Monsieur, qui sont les vôtres, réussissent au malade selon notre intention ! »

Et toutes les réflexions de M. de Pourceaugnac qui est ébahi de cette consultation, sont attribuées par les deux médecins à sa folie.

Ne trouvons-nous pas une ressemblance étrange avec maintes consultations de nos jours ? Le même désir de briller en s'exprimant dans un style ampoulé et, de la part du consultant, le souci par des éloges de flatter son confrère. Il est vrai qu'on néglige à notre époque les citations latines (peut-être parce qu'on ne sait plus le latin !) mais on les remplace par de barbares termes techniques qui ne signifient rien en eux-mêmes et donnent au discours le caractère du « pompeux galimatia » dont parle Molière.

Un préjugé qui règne encore dans certains milieux médicaux et que Molière met en relief dans la bouche du médecin de M. de Pourceaugnac, c'est que le client est la propriété du médecin qui le soigne. Il lui fait dire en adressant à Oronte (Acte II, scène II) :

« Votre prétendu gendre a été constitué mon malade ; sa maladie qu'on m'a donnée à guérir, est *un meuble qui m'appartient* et que je compte entre mes effets. »

De nos jours, malgré la charte médicale qui a proclamé comme intangible le libre choix du médecin par le malade, il y a des praticiens, et non des moindres, qui considèrent être victimes d'un vol, quand leur malade fait appeler un de leurs confrères. Les mêmes considèrent l'endroit où ils exercent comme un fief ou une « chasse gardée » où ne doivent pas « braconner » d'autres confrères.

Cette conviction de la propriété du malade fait que le médecin traitant s'arroge une autorité tyrannique. Ainsi le médecin de M. de Pourceaugnac dit à Oronte (Acte II, scène II) :

« Je vous défends, de la part de la médecine, de procéder au mariage que vous avez conclu avant que j'aie dûment préparé pour cela et mis en état de procréer des enfants bien conditionnés et de corps et d'esprit ».

Comme Oronte demande quelques explications sur la maladie de son prétendu gendre, le médecin, se drapant dans sa dignité, répond :

« Les médecins sont obligés au secret. Il suffit que je vous ordonne à vous et à votre fille de ne point célébrer, sans mon consentement, vos noces avec lui. »

Quand on feuillette les *Lettres de* GUI PATIN et quand on parcourt les mémoires des contemporains, on peut juger quel cas faisaient les médecins de l'époque de Molière du secret médical. Encore de nos jours certains font abus du secret professionnel. N'avons-nous pas vu un praticien réputé refuser un certificat de grossesse à une femme enceinte de six ou sept mois sous prétexte qu'en le délivrant, il violerait le secret professionnel ?

Quant à l'examen prénuptial, l'Etat vient de l'imposer, mais d'une façon bien anodine et bien inefficace. Un demi-siècle après que Molière eut fait jouer sa comédie, fut délivré un certificat prénuptial à la Cour de France à l'occasion du mariage de Louis XV avec Marie Leczinska. Le fait mérite d'être conté : Nous l'avons du reste publié dans notre numéro du 21 décembre 1943.

***

Il y a parfois des réactions contre le traditionnalisme. Ces réactions sont quelquefois excessives.

Nous en avons un exemple dans le costume du médecin.

A l'époque de Molière, les médecins à Paris portaient des costumes fastueux et assez ridicules, si l'on en croit cet épigramme d'un contemporain :

Affecter un air pédantesque
Cracher du grec et du latin,
Longue perruque, habit grotesque,
De la fourrure et du satin,
Tout cela réuni fait presque
Ce qu'on appelle un médecin.

Au XVIII[e] siècle, les praticiens avaient dans les villes, une tenue soignée qui ne les distinguaient pas des bourgeois aisés.

Au XIX[e] siècle, ce fut le règne de la redingote et du chapeau hauteforme.

Nous nous souvenons du supplice que nous avons enduré. en été, les premières années de notre exercice, avec un costume si incommode, mais qui assurait le *decorum professionnel* dont les médecins ne se départissaient pas alors.

Au XX[e] siècle, nous avons vu surgir la jaquette et le chapeau melon, puis le veston avec la chemise de couleur et le chapeau mou. Actuellement (tenons cependant compte des circonstances) nombreux sont les médecins qui ont adopté le costume de sports.

Nous nous souvenons de l'étonnement des médecins de Paris quand ils virent Brissaud devenu professeur, continuer à arborer la cravate lavallière, qu'il portait étant étudiant, et quand le Professeur D..., en été, se rendit à une consultation, coiffé d'un canotier. De nos jours, pareils costumes n'offusqueraient personne.

A notre avis, les médecins ont sagement fait d'abandonner la redingote et chapeau haute-forme incommodes et qui les distinguaient trop du public.

Mais, si l'habit ne fait pas le moine, n'empêche qu'une tenue décente est nécessaire pour inspirer aux clients quelque considération, l'avant-garde de la confiance.

J. NOIR.

COMMENT ORGANISER L'ORDRE DES MÉDECINS ?

II. L'organisation des Conseils

Devant les crises et malaises successifs que connaît depuis quelques années le Corps médical, nous nous sommes demandé dans un précédent article (1), s'il n'y aurait pas lieu d'en réviser la constitution professionnelle. Supposons l'Ordre ainsi reconstitué, possédant des Collèges en contact étroit avec la vie médicale réelle, et recherchons maintenant de quels organes et de quelles structures cet être collectif a besoin pour penser et pour agir.

1° Les Conseils collégiaux

Il apparaît dès l'abord qu'un Collège de 30 0 à 500 médecins en moyenne ne peut avoir à cet égard qu'une capacité limitée. Tout au plus peut-il désigner ses représentants et donner ou refuser à ces derniers une adhésion générale ou particulière à l'occasion d'un « referendum ». Mais l'Ordre doit posséder des organes spéciaux aptes par le nombre et la qualité de leurs membres à prendre conscience des problèmes professionnels, à imaginer des solutions et à les faire vivre dans le réel.

La loi du 10 septembre 1942 a cru trouver cet organe dans les « Conseils » collégiaux, régionaux ou nationaux. Les deux premiers (à l'inverse du national qui est une véritable assemblée) sont, de par le petit nombre de leurs membres (6 à 12), aptes au travail intellectuel, c'est-à-dire en langage administratif à la *délibération.* Ils peuvent autrement dit « donner conseil », mais à qui ? Aux organes chargés de la réalisation de leurs vues, lesquelles risqueraient fort sans cela de rester à l'état de pure théorie ; c'est-à-dire aux organes d'*action,* responsables devant leurs Conseils, et contrôlés par eux. Or ces organes font légalement complètement défaut. Certes la loi a bien prévu un *président,* mais ce dernier apparaît beaucoup plus comme *un président de réunion* que comme l'incarnation même du Collège à l'égard des tiers. Ses pouvoirs se bornent à convoquer le Conseil, et à disposer en cas de partage des suffrages d'une voix prépondérante. Ce n'est point là la base suffisante pour une activité représentative externe. Tous les pouvoirs sont, en réalité, détenus par les Conseils en vertu de l'art. 2, § 2 de la loi. Or, un Conseil est pratiquement incapable de gouverner et d'agir, et ces mots mêmes s'étonnent d'être ainsi rapprochés.

Un bon rendement de l'organisme corporatif local exigerait à notre sens que l'accent soit davantage mis, au point de vue exécutif et représentatif, sur le Président, lequel devrait être *responsable* et devenir le *chef du Collège et non le premier des conseillers.* Par ailleurs, le Conseil devrait s'organiser en vue de la délibération en spécialisant chacun de ses membres selon les divisions adoptées par l'organisme national lui-même.

Mais la distinction entre la délibération et l'action ne suffit point. Les conseillers, le Président sont des médecins, accomplissant gratuitement une charge à laquelle ils ne peuvent consacrer qu'une part minime de leur temps et qui requiert fréquemment des compétences juridiques, administratives ou financières que la Faculté de médecine ne permet guère d'acquérir. En réalité, il n'est en aucun point souhaitable qu'ils veuillent accomplir eux-mêmes des tâches pour lesquelles ils ne sont point préparés et auxquelles ils ne pourraient point se donner avec le temps et la continuité voulue.

Ces tâches mineures, ou autrement dit *administratives,* doivent être soigneusement distinguées des tâches majeures de *politique professionnelle* que seuls les conseillers élus par leurs confrères sont en fait et en droit capables d'accomplir. L'administration doit être confiée à des *techniciens qualifiés,* c'est-à-dire ayant reçu une formation juridique, aptes à devenir les *cadres de la corporation.* La complexité actuelle des missions confiées aux organisations professionnelles a mis dans tous les domaines de l'activité cette question des cadres au premier plan des préoccupations, à tel point que des instituts spéciaux sont chargés de les former. La corporation médicale ne saurait échapper à un tel souci, et l'on peut même dire que c'est dans la mesure où elle aura résolu ce problème qu'elle pourra mener une action corporative efficace et qu'elle atteindra à cette majorité qu'elle revendique encore aujourd'hui.

L'administration d'un Collège, tout en posant des questions extrêmement variées, n'est point d'une complexité et d'un volume tels qu'elle requiert un personnel nombreux. Un directeur administratif, aidé d'une secrétaire, y suffirait amplement. Une telle

(1) V. *Concours médical* du 15 janvier 1944, pages 46 et suivantes.

équipe n'en entraîne pas moins à elle seule d'importants frais généraux que l'on peut chiffrer au total à environ 150.000 francs. Si l'on ne veut point dépasser une cotisation annuelle de 300 francs pour l'organisme local, il faut *un minimum de* 500 *membres*, ce qui conduit aux groupements régionaux dont nous avons déjà parlé (1).

2° Le Conseil national

a) ORGANISATION POLITIQUE

La représentation nationale du Corps médical réel doit comprendre, avons-nous dit (1), des délégues praticiens des divers Collèges régionaux et des délégués spécialistes de chaque Collège de spécialistes. Ce principe nous conduit à réunir au siège de l'Ordre national une véritable assemblée, un petit parlement, au reste en tous points analogue, par le nombre et la diversité de ses membres, à celui dont nous ont dotés les élections d'avril 1943 et que nous appellerons le *Collège national*. Demander à ce Parlement de penser ou d'agir est proprement une absurdité. Il en est constitutionnellement incapable, fut-il composé des esprits les plus éminents et les plus distingués de la profession. L'homme est ainsi fait qu'il ne peut penser au sein de groupes dont le nombre des membres dépasse la douzaine, ce qui est déjà beaucoup.

Au Collège national, il nous faut seulement demander d'aider à dégager une opinion professionnelle qu'il sera possible périodiquement d'informer et de consulter. Mais il faut lui adjoindre des organes de travail, de pensée et de conseil : ce seront les Commissions spécialisées et du point de vue général le *Conseil national* «nouvelle manière». Ce Conseil comprendrait tout naturellement les présidents de Commissions, et conserverait ainsi avec le Collège dont il émanerait un étroit et permanent contact. Il constituerait cette petite équipe d'hommes unis par une communauté de vues et de doctrine, seule capable de mener à bien les immenses tâches qui incomberont après guerre à nos organismes professionnels.

Voilà pour la délibération. *L'action*, elle, revient de droit au *président*, lequel devrait apparaître légalement et en fait comme le président responsable de l'Ordre national, et non point seulement comme un Président de chambre ou de réunion. C'est au reste à cette première formule que se sont ralliés les fondateurs de la plupart des Comités d'organisation et notamment, pour reprendre une comparaison déjà esquissée dans notre précédent article, du Comité des professions pharmaceutiques. Le temps est fini des présidents régnant sans gouverner ; les difficultés actuelles exigent qu'un homme prenne en mains les destinées d'une profession, incarne la pensée de ses Conseils et agisse sous le contrôle de ses pairs et de l'autorité publique. Ce n'est plus l'heure du Gouvernement des Assemblées.

b) ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Plus encore qu'à l'échelon collégial, il importe au stade national de distinguer entre l'administratif et le politique. Dans un régime organique et d'économie dirigée, tel que celui que nous sommes appelés à connaître, le rôle capital revient sans jeu de mot à l'organisme central de la profession. Lui seul est à même d'étudier et de connaître le milieu avec des horizons d'une suffisante largeur, d'établir les contacts latéraux et verticaux sans lesquels il n'est point de vie sociale possible. Lui seul peut réunir les moyens matériels et financiers permettant de poursuivre continûment les études et les recherches capables d'assurer sans heurts, l'évolution d'une profession au sein de son milieu.

D'autre part, les tâches incombant aux organismes professionnels, deviennent aujourd'hui singulièrement complexes et *techniques*. Un professionnel, militant averti, s'il est seul à même d'avoir des vues lointaines, ne saurait seul trouver les chemins conduisant vers les terres promises. Connaître et nouer des rapports sociaux, constituent une science et un art qui, comme la médecine, souffrent difficilement l'amateurisme. Et l'organisation professionnelle ellemême devient aujourd'hui *une véritable spécialité* qui a ses maîtres et ses écoles.

Enfin un être collectif tel qu'un Ordre national ne vit que le temps où ceux qui l'incarnent s'y consacrent. Or, il doit vivre chaque jour, chaque heure que Dieu fait ; il lui faut aussi posséder le don d'ubiquité, être présent simultanément partout où la médecine, la santé est en jeu. Il est exigeant et ne saurait se satisfaire de quelques heures à lui jetées de-ci de-là à la hâte. Et le médecin est par ailleurs l'homme le plus occupé, le moins maître de son temps qui se puisse trouver. Plus qu'à tout autre profession, il faut donc à la médecine *des fonctionnaires à temps plein*. N'était-ce point d'ailleurs, avant guerre, la tendance de la Confédération ?

De fait, la plupart des Comités d'organisation ont constitué de véritables petits ministères. Celui de la pharmacie par exemple n'occupe pas moins de 100 personnes. Certes, il ne nous vient pas à l'idée de préconiser la mise sur pied d'un tel organisme en notre domaine. Mais entre ce qui constituerait un excès pour la médecine, et les quelques dactylos qu'emploie aujourd'hui le Conseil National, il y a place pour une solution raisonnable. A notre avis, il faut à l'Ordre un *Directeur général administratif* analogue à nos grands directeurs de ministère, aidé de *quelques chefs de services* et d'autant de secrétaires. Le budget d'un tel organisme avoisinerait le million ce qui se traduirait par une charge supplémentaire annuelle de 50 francs pour chaque médecin inscrit au tableau. Si l'action corporative est efficace, le versement de cette prime d'assurance contre le désordre constitue un bon placement. Il faut bien reconnaître en outre que, dans la plupart des professions, le coût de l'organisation corporative s'est accru dans des proportions bien plus considérables encore.

Du jour où l'Ordre posséderait, au su de tous, des chefs de service d'une compétence sans égale dans toute question technique ou sociale se rapportant à l'exercice de la médecine, il n'est pas un Ministère, ou un service officiel ou privé ayant un problème de ce genre à traiter, qui de lui-même ne fasse appel à cette compétence et ne lui demande de s'associer à ses travaux. Automatiquement, se trouveraient ainsi satisfaites deux revendications importantes de l'Ordre actuel : être informé, être consulté sur toutes mesures touchant à la profession. Ce n'est point en s'isolant farouchement dans une citadelle et en proclamant son indépendance que l'on peut obtenir le respect de ces prétendus droits naturels de toute corporation ; c'est, au contraire, en *affirmant sa valeur*, en *se rendant techniquement indispensable*, en *participant étroitement à l'édification du monde nouveau*. L'exemple des Comités d'organisation est du reste là pour le prouver.

Quelles pourraient être les attributions respectives de ces directeurs et chefs de services ? A notre avis, le Directeur devrait en première urgence être le *maître de maison*, responsable de sa vie matérielle. Mais cette tâche indispensable n'est qu'un tout petit côté de sa fonction. Il lui appartient d'animer et de diriger les travaux de ses services, en vue de permettre à l'Ordre de remplir les trois grandes tâches que la loi

(1) Voir notre précédent article, page 47.

du 10 septembre lui a confiées : il doit diriger et *coordonner l'action des Conseils collégiaux*, il doit *organiser l'économie de la médecine*, il doit assurer la *défense morale* de la profession. D'où trois départements :

1° *Le département de l'intérieur*, établirait une liaison étroite et constante entre le Conseil National et les Conseils collégiaux, il connaîtrait leurs travaux, les consulterait, les informerait et s'efforcerait à maintenir une certaine unité d'action. Il mettrait en place peu à peu la Corporation de la santé en établissant tous les contacts interprofessionnels utiles. Il préparerait enfin, une réforme permanente du statut professionnel au fur et à mesure que les faits en révèleraient l'utilité ;

2° Mais l'Ordre n'est point une fin en soi. Il a été créé et mis au monde par les Pouvoirs publics dans un but d'intérêt public qui est d'organiser l'*économie de la médecine*. Ce département essentiel de l'activité corporative doit comprendre à notre sens trois sections :

— une section *technique*, chargée d'étudier l'équipement médical du pays en personnel et matériel (enseignement, « numerus clausus », installation et répartition, auxiliaires médicaux. L'appareillage médical, les dispensaires, les centres de diagnostic les maisons de santé, les hôpitaux, etc.).

— Une section *économique* proprement dite étudiant les modalités de la prestation de services médicaux : honoraires de droit commun, honoraires, tarifs et régimes de soins en médecine sociale, les médecins salariés et fonctionnaires pour la médecine de prévention ;

— une section *sociale* enfin. Nous entendons par là une section étudiant la *condition sociale du médecin* dans la société moderne, son revenu moyen comparé à celui des classes sociales comparables, le régime légal ou conventionnel, collectif ou privé de l'exercice de son art, les modalités juridiques permettant de sauvegarder ses libertés morales et professionnelles, enfin la protection du médecin contre les risques de décès, de vieillesse et d'invalidité ;

3° La médecine, « métier de danger » ne pose pas seulement des problèmes, économiques ou sociaux. Elle est aussi un art humain posant des problèmes moraux. C'est parce qu'il a un rôle éminent à jouer en ce domaine que l'Ordre est plus encore qu'un organisme professionnel. Ce *département de la défense morale* de la médecine est donc hiérarchiquement le plus élevé. Il vient cependant selon nous en dernière urgence dans le domaine pratique. La première sauvegarde de la morale et de la dignité médicales réside, en effet, dans une bonne organisation de la profession. Ce serait un Corps médical de bien piètre valeur, celui dont la valeur morale reposerait uniquement sur un contrôle et des sanctions extérieurs. Cet arsenal répressif doit exister, ne fut-ce que pour inspirer confiance aux collectivités qui traitent avec le Corps médical, et doit intervenir avec rigueur en cas de nécessité. Mais l'Ordre doit avant tout tendre à le rendre inutile par une action *éducative*, confiée localement à des médecins-conseils en déontologie. Il doit aussi enregistrer et faire vivre les coutumes médicales, en recueillant systématiquement les décisions de ses Conseils, en *observant les mœurs confraternelles*, en *étudiant et recherchant les causes profondes de leur variation*. C'est là, selon nous, une besogne plus utile et efficace que celle qui consiste à édifier dans l'abstrait des morales normatives reposant uniquement sur des idées préconçues.

Enfin l'action de ce département doit déborder largement le domaine confraternel. Il lui appartient de propager dans tous les milieux, les principes permanents d'une médecine humaine, de faire en sorte qu'ils animent naturellement les mœurs de notre société et la pensée des cadres responsables de notre vie politique et sociale. Cette propagande sera efficace dans la mesure où l'on saura que la doctrine qu'elle professe, repose non sur de simples affirmations, mais sur des études et des fondements philosophiques sérieux.

***

Le renouveau que connaît aujourd'hui la question mutualiste a rappelé et mis à l'ordre du jour le problème de la « défense professionnelle ». Certains ont préconisé d'user des pouvoirs conférés à l'Ordre par la loi pour préserver contre les offensives de la Mutualité les formes traditionnelles de l'exercice de la médecine. D'autres, assez sceptiques quant à la puissance de ce retranchement, ont prôné l'offensive sous la forme d'une création systématique de centres de diagnostic. Un seul point noir : c'est que l'Ordre est incapable plus matériellement encore que juridiquement de promouvoir une telle action qui dépasse et de beaucoup ses possibilités actuelles. *Organiser* l'Ordre pour qu'il puisse organiser la médecine est donc aujourd'hui la condition première de toute « défense » efficace.

Mais nous irons plus loin. Il est temps à notre sens de reléguer au rang des vieilleries cet arsenal de termes militaires où la tactique le dispute à la stratégie. L'Ordre ne doit point se considérer comme une citadelle assiégée dans un pays hostile. « *Non ridere, non lugere neque detestari, sed intelligere* », a dit le philosophe. Efforçons-nous donc de comprendre les nouveaux problèmes que l'évolution sociale pose à la médecine. La lutte, s'il doit y avoir lutte, dirigeons-la non contre ceux qui œuvrent pour une même fin parallèlement à nous, mais contre les difficultés psychologiques, matérielles ou sociales. Et la victoire, s'il doit y avoir un vainqueur, appartiendra à ceux qui apporteront aux problèmes de l'heure, des solutions viables et disposeront des moyens propres à les faire vivre.

Jean MIGNON.

LE LUTRIN DENTAIRE

Par le Docteur R. JODIN

Les Muses sauront-elles, dans notre actuel Parnasse, élire le poète qui chantera les batailles de cette nouvelle épopée ? Ouverte depuis longtemps, la querelle odontostomatologique bat son plein, et ne semble pas près d'être close. Tout est prétexte à rebondissement : création de l'Ordre et de sa section dentaire, élections à ladite section, répartition des matières premières, établissement de la nomenclature des actes médicaux, détermination de la capacité dentaire, articles leaders de journaux professionnels, nous en passons et des meilleurs. Pour notre part, nous ne voyons aucune raison pour que, en l'état actuel des choses, cela finisse : trop de questions de prsonnes, de prestige, d'intérêts (l'intérêt général exclu) sont en jeu. L'établissement de frontières semble bien spécieux et peu réalisable là où n'existe aucune limite naturelle, situation éminemment génératrice de conflits. Il faudrait porter la question sur son véritable plan et élever le débat. Il faut faire le point en s'inspirant des intérêts réels de la santé publique et des possibilités de recrutement, à l'exclusion formelle de tout autre point de vue.

Il y a trop, dit-on, de docteurs en médecine. Par une décision malthusienne, peut être nécessaire dans les circonstances exceptionnelles que nous vivons, mais peu défendable en période normale, on limite le recrutement de praticiens ayant une connaissance relativement complète de l'art médical, avec une formation générale de base sanctionnée par le baccalauréat, le P. C. B. ou son succédané l'A. P. M. *Les médecins stomatologistes sont soumis au « numerus clausus »* comme leurs camarades.

L'art dentaire, lui, ne subit aucune restriction, et les vocations non contingentées ne sont pas refoulées par des règlements draconiens.

Ce n'est calomnier personne que de constater que les titres initiaux requis pour l'inscription aux études dentaires ne sont pas équivalents aux titres demandés à l'étudiant en médecine — encore ont-ils subi une certaine revalorisation depuis l'époque bénie du brevet élémentaire, section agricole.

Ce n'est pas, je crois, faire injure à l'art dentaire que de demander qu'il soit admis, *sur un pied d'égalité* parmi les spécialités de la médecine ; cela serait même le rehausser bien au-dessus de la pratique médicale — puisque, prolétaire de l'art de guérir, le praticien ne vaut plus désormais qu'un demi-spécialiste.

De plus en plus les soins débordent des dents sur les gencives, sur les maxillaires, sur les sinus ; les diathèses les plus variées ont une incidence dentaire, la pratique des anesthésies se généralise, l'utilisation des agents physiques se précise. Il devient donc nécessaire que la formation de l'odonto-stomatologiste repose sur des notions de physiologie et de pathologie générale aussi solides que celles de l'ophtalmologiste, du chirurgien osseux ou du radiologue.

La spécialité dentaire est bien une *spécialité médicale* qui a droit de cité dans la famille médicale. En principe, tout docteur en médecine peut la pratiquer sans rien demander à personne tout comme l'obstétrique, la podologie ou la dermatologie. Certains le regrettent d'ailleurs et ne doit-on pas un peu compter avec la conscience professionnelle et sur le banc d'essai de la clientèle ? Celle-ci n'est pas toujours aussi aveugle qu'on veut bien le dire.

Les diverses spécialités font dès maintenant l'objet de certificats spéciaux dans les diverses facultés ; ne faut-il pas trois ans d'études suivies pour postuler au certificat d'électro-radiologie de la Faculté de Montpellier et c'est très bien ainsi. Pendant des délais équivalents, le futur odonto-stomatologiste n'aurait-il pas le temps d'apprendre tous les secrets de la prothèse ?

Puisqu'il y a excès de bacheliers, certains ont pensé pouvoir demander aux jeunes poussés par la vocation dentaire d'acquérir les connaissances générales demandées à tous les spécialistes, de se spécialiser comme ceux-ci, et de *passer leur thèse de doctorat* comme tout le monde.

***

Cet arrêt du recrutement de chirurgiens dentistes au profit des médecins stomatologistes serait-il bien accueilli par les premiers ? certainement non ; et pourtant quel argument fournir où l'amour-propre blessé n'intervienne pas. Les diplômés exerçant au jour de la réforme, ou les futurs diplômés en cours d'études, ne voient en rien modifier leurs possibilités professionnelles, leurs prérogatives restent intactes. Aucun préjudice réel ne leur est causé : le grade d'officier de santé a été supprimé, il y a belle lurette, certains exercent encore, le bel âge auquel ils sont parvenus tend à prouver que leurs affaires ont été assez prospères pour les empêcher de mourir de faim. De même pour les sages-femmes de 2e classe, les pharmaciens de 2e classe et plus récemment pour les herboristes. Bien au contraire, l'élévation de la dignité, de la spécialité devenue spécialité médicale, la diminution de la concurrence par accroissement de la difficulté d'accès au diplôme nous semblent prêcher en faveur de la réforme et en faveur des intérêts bien compris des chirurgiens-dentistes.

L'argument massue contre une telle réforme, argument venant des milieux dentaires autorisés, est le suivant : la France dispose d'un effectif d'environ 9.000 dentistes, or, il y a place pour 20.000. *Tout ralentissement dans le recrutement amènerait la floraison des illégaux,* ainsi que cela s'est passé dans certains pays étrangers.

Nous voyons bien là une *raison supplémentaire* pour rehausser le prestige de l'odonto-stomatologie spécialité médicale et y *canaliser le flot excédentaire d'étudiants* aspirant au titre de docteur en médecine : certains d'entre eux ne se trouveraient pas plus mal dans un cabinet bien chauffé plutôt que sur les routes et chemins de terre par temps de neige.

***

Cette évolution vers l'unité indispensable au diplôme de doctorat en médecine peut et doit se faire tout naturellement si les Facultés savent se rendre compte de l'importance et de l'urgence de la tâche à accomplir. *Dans aucune de nos facultés n'existe un enseignement réellement complet de l'odonto-stomatologie.* Pourquoi ce dédain des sphères officielles pour cette branche de l'art de guérir. Les guides de nos destinées professionnelles attendent-ils de voir l'irréparable consommé sous la forme de Facultés dentaires ? Certains milieux non médicaux aspirent à cette autonomie qui serait couronnée par le titre si envié de docteur. Il sera bien temps de fulminer alors contre l'état de choses que l'indolence médicale aura laissé s'instaurer. Nous savons bien qu'en matière de soins, tout ce qui se fait sans les médecins, se fait contre les médecins. La médecine doit marquer elle-même les limites de son domaine. Elle ne doit pas faire des conquêtes abusives, elle doit faire rentrer dans son giron, tout ce qui concerne la prescription et la direction des traitements. La meilleure façon de prouver que l'odonto-stomatologie fait bien partie intégrante et inséparable de l'art de guérir est de s'y intéresser, et de s'y intéresser à fond.

Laquelle de nos Facultés françaises saura la première acquérir, en cette matière, le renom si profitable des Facultés dentaires américaines ? Il faudrait pour cela créer sur des bases solides et éventuellement grandioses, un *Institut d'odonto-stomatologie* comme il existe dans toutes les facultés des Instituts d'hygiène, de médecine coloniale, de médecine du travail, etc... Cet Institut pourvu de laboratoires, de personnel et de matériel de choix devrait devenir un centre de recherches et un centre d'enseignement dont le renom procurerait à ses élèves une notabilité certaine, un autre aloi que je ne sais quel diplôme pensylvanien acquis dans je ne sais quelles conditions.

***

Quand il y aura suffisamment de stomatologistes le recrutement des chirurgiens-dentistes se tarira progressivement, la réforme, quasi-scandaleuse à l'heure actuelle, se fera alors d'elle-même.

Evidemment de puissants intérêts privés seraient lésés par un changement brutal de régime, mais le temps nécessité par de telles transformations du recrutement permettrait bien des adaptations. Par exemple, ne serait-il pas possible d'intégrer les écoles existantes dans l'enseignement de la spécialité et de les faire encore mieux servir à l'intérêt général qui est et demeure le but essentiel ?

LA RECHERCHE EN CHIRURGIE

Leçon d'ouverture du cours de médecine du Collège de France par M. le Professeur LERICHE

Le Professeur Leriche a consacré sa leçon d'ouverture de son cours au Collège de France à la *Recherche en chirurgie.*

La recherche scientifique est le fruit de la méditation et de la pensée ; elle ne doit pas poursuivre un but directement pratique ; elle tâche d'enrichir le domaine de nos connaissances, si peu étendu si on le compare à celui de l'inconnu. L'exemple de la douleur que M . Leriche a donné l'an dernier, est la preuve de ce qui reste encore à découvrir dans le plus banal des phénomènes.

La France qui jadis a tenu le premier rang en ce qui concerne la Pensée chirurgicale, a subi une sorte d'éclipse. Sans doute, elle a des opérateurs très habiles, des cliniciens éminents, de brillants et éloquents professeurs, mais, en chirurgie, elle a négligé la recherche qui est différente de la recherche en physiologie. Il est persuadé que, par la recherche, on arrivera à supprimer la plupart des opérations mutilantes.

Pour bien montrer l'utilité de la recherche, le Professeur Leriche prend en exemple la conception que se sont faits à différentes époques, les médecins, de la maladie dont la définition parfaite est encore à trouver. Les Anciens faisaient de la maladie une manifestation divine. Au XVIIe S. Thomas Sydenham fit descendre la maladie du ciel sur la terre. Plus tard, Morgagni en fit la conséquence d'une lésion organique et, comme on s'aperçut que la lésion n'existait pas toujours dans la maladie, on en fit un trouble fonctionnel, un déséquilibre des fonctions des organes du à diverses causes. Claude Bernard donna une méthode pour étudier ces fonctions.

A la suite des découvertes de Pasteur on admit que la maladie était causée par des agents extérieurs, mais cette doctrine ne saurait s'appliquer à tous les phénomènes morbides, pas plus que l'intoxication. M. Leriche exclut, pour expliquer les phénomènes morbides, toute idée de défense et de finalité ; il expose l'importance des troubles physiologiques des tissus, mais la définition de la maladie, basée sur cette conception, est encore insuffisante.

Quoi qu'il en soit, il convient pour la recherche en chirurgie d'avoir à sa disposition un service d'hôpital, pourvu d'un laboratoire bien outillé avec des collaborateurs comme M. Leriche en avait à Strasbourg, où il pouvait demander son avis à un éminent physiologiste, le Professeur Schaeffer.

En cultivant la recherche scientifique, la France parviendra à se classer au premier rang des nations, place qu'elle n'aurait pas dû perdre.

Un public nombreux et choisi a longuement applaudi M. le Professeur Leriche.

J. Noir.

A TRAVERS L'OFFICIEL *(Suite)*

La liste des dépositaires sera communiquée à toutes les officines et aux médecins praticiens.

Le pharmacien ne possédant pas de sérum devra, lorsqu'une ordonnance lui sera présentée, soit se procurer du sérum auprès de ses confrères, soit indiquer à son client les pharmaciens dépositaires les plus proches de sa résidence.

Art. 9. — Les ordonnances, dès qu'elles auront été

honorées par le pharmacien, seront transmises par ses soins au médecin inspecteur de la Santé chargé du contrôle administratif pour le département.

Les maisons de santé privées qui s'approvisionnent directement auprès des grossistes seront tenues de fournir à l'inspecteur de la Santé, les ordonnances médicales.

Les pharmaciens des établissements hospitaliers publics seront considérés en ce qui concerne ces établissements comme des pharmaciens dépositaires de sérum antidiphtérique et seront tenus de se conformer pour leur réapprovisionnement aux mêmes obligations que ces derniers.

Le médecin inspecteur de la Santé envoie sans délai, avec son visa, les ordonnances provenant des pharmaciens, services hospitaliers et maisons de santé visés ci-dessus, au grossiste mentionné à l'article 10.

Art. 10. — Un grossiste sera chargé, pour chaque département, de l'approvisionnement en sérum antidiphtérique. Il sera désigné par le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques, en accord avec la Chambre des droguistes et répartiteurs.

Le grossiste ne pourra obtenir son réapprovisionnement que sur présentation d'un bon visé par le médecin inspecteur de la Santé chargé du contrôle administratif. Le montant de ce bon ne pourra être supérieur au total des fournitures effectuées par le grossiste d'après les ordonnances qui lui auront été transmises par ce même médecin inspecteur de la Santé.

TITRE IV. — *Dispositions particulières*

Art. 11. — Les directeurs, régionaux de la Santé et de l'Assistance fixeront pour chacun des départements de leur région, la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. Cette date sera notifiée par leurs soins aux Collèges départementaux de l'Ordre des médecins et aux Chambres départementales des pharmaciens qui la porteront à la connaissance des médecins praticiens et des pharmaciens détaillants.

(*J. O.*, 22 janvier 1944).

& ÉCHOS COMMENTAIRES

LE CARNET DE SANTÉ. — RÉFORME DE L'ORGANISATION DU CONTRÔLE DES ASSURANCES SOCIALES. — POUR UNE CAISSE DE SECOURS EN FAVEUR DES MÉDECINS SINISTRÉS. — LE RATIONNEMENT DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE. — UNE CRISE DANS LA MÉDECINE DU TRAVAIL.

Le modèle du carnet de santé prévu par le décret du 16 décembre 1942 est désormais arrêté et obligatoire dans les écoles (*J. O.*, 22 janvier 1944).

Il est le fruit d'une lente maturation car le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille a voulu recueillir de nombreux avis et il n'est pas jusqu'à la Fondation française pour l'étude des problèmes humains qui n'ait été consultée.

Les professeurs successifs de l'enfant, le médecin et l'assistante sociale de l'école, les spécialistes consultés à la demande d'un état morbide particulier, rédigent chacun la partie qui leur revient, de sorte qu'à tout moment de la période scolaire, le carnet est l'expression même de l'état physique et intellectuel de l'enfant. Une fiche spéciale résume les constats de la période scolaire et est destinée au médecin du travail lorsque l'enfant entrera en apprentissage ou à tout autre médecin appelé à donner ses soins à l'enfant. Elle s'encarte dans le carnet de santé suivant et le carnet de la période scolaire est remis, à ce moment, à la famille.

Voici réalisée pour l'enfance des écoles une institution qui depuis longtemps est demandée pour l'ensemble de la population et qu'avait déjà esquissée la confédération des syndicats médicaux.

C'est aux résultats de ce premier essai que se jugera l'opportunité d'en étendre la formule.

***

Des textes récents ont, nous l'avons déjà souligné, transformé amplement le statut du *médecin contrôleur* de Caisse qui est devenu le *médecin-conseil*. Le champ d'action de celui-ci a été étendu, son prestige professionnel rehaussé, son indépendance fonctionnelle et technique, vis-à-vis des Caisses, augmentée.

Coiffant l'organisation du contrôle dans la région, le médecin-conseil régional, *président* d'un Comité mixte, était chargé de la *coordination et de l'orientation des activités des médecins conseils*. Le médecin conseil régional, ayant, lui aussi, gagné en indépendance et en autorité, était donc à même de donner une impulsion médicale adroite à l'action des médecins conseils de son ressort.

Nous fondant sur cette évolution législative, nous avions cru pouvoir espérer une meilleure compréhension des rapports médecin traitant-médecin conseil, et même une collaboration effective et sans arrière pensée entre ces confrères, pour le plus grand bien des assurés sociaux.

Peut-être nous étions nous trop tôt réjouis. Dès le mois de juin dernier, à la conférence nationale des Unions régionales d'Assurances sociales, les dirigeants des Unions, unanimes, regrettèrent l'embryon d'initiative accordée au médecin conseil régional. On lui chicana surtout sa place de Président du Comité mixte. On s'irrita de le voir, émanation de l'Institut national d'action sanitaire, « échapper à tout contrôle, toute autorité du Conseil d'administration de l'Union régionale ». On pria donc instamment le représentant du Ministre du Travail de faire apporter les modifications nécessaires au texte de l'arrêté du 16 novembre 1942.

Par l'arrêté du 20 novembre 1943, que nous avons publié dans notre dernier numéro, satisfaction, au moins partielle, vient d'être donnée aux dirigeants des Unions. Ceux-ci ont replacé sous *leur dépendance administrative*, le médecin conseil régional qui, du poste de *président du Comité mixte est rétrogradé à celui de vice-président*. Pour mener à bien son action de coordination et d'orientation, il doit dorénavant *se conformer aux directives techniques qui lui seront données par l'Institut national d'action sanitaire*, et se cantonner au seul domaine de la technique médicale et sanitaire.

Souhaitons que cette réforme n'ait pas pour effet de modifier l'esprit nouveau qui semblait devoir animer le contrôle médical des Assurances sociales. Si nos espoirs devaient être déçus, il serait difficile au médecin traitant de se départir de la réserve qu'il a toujours dû s'imposer, notamment au point de vue secret professionnel, à l'égard des médecins contrôleurs qui, trop souvent, oubliaient leur qualité de médecin pour ne se souvenir que de leur fonction de préposé administratif des Caisses.

***

A la dernière séance d'information du Conseil départemental de la Seine, le 19 décembre 1943, le Secrétaire général s'est félicité de ce que la souscription en faveur des médecins sinistrés de la Seine ait dépassé 600.000 francs.

Pouvons-nous à ce propos, faire deux suggestions qui devraient être prises en considération ?

Nous ne sommes pas à la fin de la guerre, et nous aurons malheureusement de nouveaux sinistrés. Plutôt que de donner une ou deux fois un billet de mille francs par exemple, les confrères à qui la chose est possible ne pourraient-ils pas abandonner quelques-uns des honoraires payés par tiers payant, par

exemple ceux de la K. V. D. ? Cela aurait l'avantage de faire une rente. Je sais un confrère qui s'est engagé à verser à la Caisse de secours jusqu'à la fin de la guerre, les honoraires qu'il touche, ou touchera, en soignant les familles des assurés sociaux travaillant en Allemagne.

Mais surtout ne serait-il pas juste qu'une partie des sommes touchées par certains Collèges départementaux ayant un grand nombre de cotisants, soit envoyée à la Caisse de secours du Conseil National pour équilibrer la répartition entre les sinistrés et venir en aide aux départements peu fortunés ou plus éprouvés ?

C'est ce qu'a parfaitement compris le Collège départemental du Rhône. Il a déjà envoyé deux fois 100.000 francs au Conseil National. Son exemple, devrait être suivi. Le Conseil National a, en effet, besoin d'une réserve, servant de « volant régulateur ». Qui sait dans quel point du territoire seront demain les sinistrés ?

***

Il est officiellement décidé (*J. O.* du 22 janvier 1944) que la diphtérie guérira désormais avec 40.000 unités au maximum de sérum.

Si, par suite d'insubordination de la maladie, une quantité supérieure semblait nécessaire au médecin traitant, il devra « entrer en rapports » avec un médecin contrôleur qui rendra compte à un médecin inspecteur. La diphtérie n'a qu'à se le tenir pour dit !

Certes on se rend compte que ce n'est pas de gaieté de cœur que M. le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille signe un tel arrêté, car on se souvient qu'il est médecin lui-même.

Il faut qu'il ait de fortes raisons pour s'y décider. D'autant plus fortes que, a-t-il été précisé à l'Académie, l'Institut Pasteur prépare actuellement un million de tubes par an, près du double de ce qu'il préparait avant la guerre.

On se trouve ainsi devant cette extraordinaire antinomie que le sérum antidiphtérique est à la fois abondant et rare.

***

Nous avons évoqué, dans notre dernier numéro, les modifications intervenues au sein du Ministère du Travail. A ce sujet, on nous précise que : « la réorganisation actuellement en cours n'a nullement pour objet de donner à la médecine du travail, une doctrine différente de celle qui avait prévalu jusqu'ici, mais qu'elle se propose de rendre plus efficace l'action de l'Inspection Générale médicale du Travail en la spécialisant dans les problèmes d'hygiène industrielle et en la dotant de pouvoirs accrus ».

« Quant à la personnalité à laquelle il a été fait allusion à la fin dudit écho, la bonne foi du *Concours médical* a été surprise à son égard. »

« Cette personnalité n'a pas l'intention de briguer une éventuelle chaire de médecine du travail. D'autre part, la place qu'elle occupe parmi les spécialistes d'hygiène industrielle résulte de l'activité qu'elle a exercée depuis de longues années dans ce domaine, particulièrement en ce qui concerne la protection de la femme au travail. »



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du Travail

Tarification des radiographies lorsque les deux épreuves règlementaires ne peuvent être fournies par l'électroradiologiste à cause de la pénurie de papier.

Réponse du Docteur Coliez, vice-président de l'Association nationale des médecins électroradiologistes qualifiés,

au Docteur Fernand Decourt, sur sa demande :

Cette question très délicate me paraît devoir être réglée de la manière suivante. Il n'est pas douteux que si le médecin électro-radiologiste ne délivre pas les deux épreuves sur papier qui sont exigibles par l'article du tarif ministériel, il diminue les frais afférents à l'examen pratiqué du prix du papier photographique et du tirage (développement, etc...). Il réalise donc un petit bénéfice supplémentaire que certaines Compagnies d'assurances peuvent être amenées à évaluer. Je n'ignore pas que la plupart des Compagnies considèrent à juste titre que les circonstances actuelles sont tout à fait exceptionnelles et provisoires et qu'il n'y a pas lieu de se montrer, à ce point de vue, trop pointilleux vis-à-vis du médecin radiologiste. Du reste, la grande majorité des Compagnies se contente, à l'heure actuelle, du film original, sans abaisser pour cela le remboursement de l'examen. Ce faisant, elles y trouvent un avantage technique assez important, car en cas d'interprétation difficile, un film original est toujours infiniment plus clair et mieux interprétable que le meilleur tirage sur papier.

Toutefois, en cas de conflit aigu avec une Compagnie, comme cela paraît être le cas dans l'exemple que vous me donnez, je pense qu'on ne peut accepter un abattement systématique de 15 % sur le tarif ministériel.

Je rappelle à cet effet, que la valeur des tirages supplémentaires sur papier est indiqué en toutes lettres dans le tarif du 22 mars 1938 (augmenté de 50 % depuis le 1er janvier 1943). Ce tarif est le suivant :

18 × 24 *une épreuve*	18,75
soit, pour deux épreuves	37,50
24 × 30 *une épreuve*	22,50
soit pour deux épreuves	45 »
30 × 40 *une épreuve*	25 »
soit pour deux épreuves	50 »

Ce sont donc ces chiffres qu'il conviendrait de diminuer du prix de la radiographie si la Compagnie d'assurances l'exige absolument.

Exemple : un bassin de face	375 *fr.*
Deux épreuves 30 × 40	50 *fr.*
soit	325 *fr.*

Mais ce « modus faciendi » présente l'inconvénient de ne délivrer qu'un seul cliché, alors que légalement d'une part, la Compagnie d'assurances et, d'autre part, l'assuré, ont le droit d'en recevoir chacun un.

La meilleure façon de procéder serait, à mon avis, la suivante, laquelle permettrait de faire une économie partielle de papier photographique : donner le film original à l'assuré et une épreuve sur papier à la Compagnie, ou inversement ; ainsi le prix de l'examen ne serait diminué que d'une seule épreuve sur papier :

Exemple : Bassin de face .... 375 *fr.*
moins une épreuve 30 × 40............ 25 »
soit .... 350 *fr.*

ASSURANCES SOCIALES

4.806. — Soins aux familles d'assurés sociaux prisonniers de guerre

Une loi (ou un décret) fait au médecin l'obligation de n'appliquer aux femmes et aux enfants de prisonniers assurés sociaux que le tarif de responsabilité des Caisses.

Je vous demande de vouloir bien préciser les points suivants, si possible :

1° Le décret est-il applicable quand la malade est une femme qui travaille et donc, *est elle-même assurée sociale*, et que son mari assuré social est prisonnier ?

2° Est-il applicable quand il s'agit d'une femme, elle-même assurée sociale, dont le mari non assuré social, est prisonnier ?

(Les Caisses ne font pas la distinction).

3° N'y a-t-il pas obligation pour les bénéficiaires de ce tarif réduit, de faire appel quand il s'agit de visites à domicile, à un médecin rapproché du domicile du malade ?

N'y a-t-il pas abus de la part des bénéficiaires à faire appel pour 20 ou 25 francs à un médecin de leur choix qui, dans une grande ville est parfois distant de plusieurs kilomètres ? N'y a-t-il pas lieu, dans ce cas, de percevoir des honoraires plus élevés ?

Dr D.

Réponse

En vertu d'une loi du 27 novembre 1941, les Caisses et les Unions régionales sont tenues de rembourser les frais exposés à l'occasion de soins donnés à la famille d'assurés sociaux prisonniers de guerre pour des actes médicaux, chirurgicaux ou de spécialités, sur la base de leur tarif de responsabilité et sans participation des intéressés.

En vertu du même article de la loi, le maximum des honoraires dus aux médecins dans le cas ci-dessus envisagé, est fixé au dit tarif de responsabilité. L'application de la loi du 27 novembre 1941 a fait l'objet d'une circulaire du 22 février 1943 suivant laquelle il convient de considérer comme bénéficiaires de la loi :

1° la femme de l'assuré prisonnier, même si elle est assurée sociale, la loi ne faisant à cet égard aucune distinction.

2° les enfants à charge, que les prestations soient demandées à la Caisse de leur père prisonnier de guerre ou à celle de leur mère lorsque cette dernière est elle-même assurée.

3° les enfants de l'assuré prisonnier âgés de moins de 16 ans immatriculés aux Assurances sociales, soit lorsqu'ils demandent les prestations de leur propre chef soit lorsqu'ils les demandent du chef de leur père ou de leur mère, assurés sociaux, dans les cas où, pour des raisons diverses, ils ne sont pas en mesure de bénéficier de leurs assurances personnelles.

Par contre, ne peut bénéficier de la loi du 27 novembre 1941, le membre de la famille d'un prisonnier de guerre qui lui-même n'était pas immatriculé aux Assurances sociales, quand bien même ce membre de la famille serait personnellement assuré social.

Les soins donnés aux assurés sociaux ou ayants droit en vertu de la loi du 27 novembre 1941 doivent être dispensés dans les mêmes conditions que les soins aux assurés sociaux ordinaires. Ils doivent donc être donnés par le médecin le plus rapproché du domicile du malade.

AUTOMOBILISME

5754. — Le benzol peut-il être ajouté au carburant actuel ?

Pour alimenter le moteur de ma Juvaquatre, puis-je, sans inconvénient, incorporer au nouveau carburant actuel du benzol, dans le but d augmenter mes disponibilités ?

Si oui, dans quelle proportion limite ?

Dr L.

Réponse

Vous pouvez sans inconvénient ajouter du benzol au carburant auto actuel. Vous pouvez en mettre une proportion aussi grande que vous voulez : vous pourriez même, sans inconvénient, marcher au benzol pur. Il est vrai que, dans ces conditions, vous auriez vraisemblablement une petite difficulté à mettre en route par temps froid.

Quelle que soit d'ailleurs la proportion de benzol que vous utiliserez, il sera bon de procéder à un réglage du carburateur dans le sens de l'appauvrissement par rapport au réglage actuel. Enfin, si vous adoptez un mélange toujours constant, vous ferez bien aussi d'alourdir le flotteur. Pour cela, vous le faites flotter dans du carburant auto normal, vous notez d'un trait de crayon le niveau auquel il s'enfonce. Vous refaites la même expérience avec le mélange que vous utilisez et vous ajoutez de la soudure dans le fond inférieur jusqu'à ce qu'il enfonce au même point.

Henri PETIT.



Demandes et Offres

Nº 34. — On demande un interne à l'hôpital de Mézières. Ecr. Dr Bridoux, à Mézières (Ardennes).

Nº 35. — A v. 1º une table opérat. à pompe mod. ancien ; 2º un autocl. compl. avec cuve à eau stérilisée et lavabo à péd. ; 3º un chariot roul. pour transp. de mal. Dr Cousinet, 6, rue du Prêche, à Saumur (M.-et-L.).

Nº 36. — Dr ser. reconn. à confr. qui pourr. lui indiquer enf. 1 à 2 ans, orph. du fait des bomb. suscept. d'être adopt. Ecr. journ. qui transm.

Nº 37. — A vendre microsc. Honsoldt nf, 4 ocul., 3 obj. dont un immers. S'adr. journ. qui transm.

Nº 38. — Poste médic. tr. intér. avec jolie mais. et jard. à repr. de suite. Seul méd. d'un chef-lieu de cant. Indemn. demand. 50.000 fr.

Nº 39. — Client. 1/2 rep. seul médec. proph. près gr. ville Midi. Condit. achat propriété 600.000 fcs.

Nº 40. — A vendre appar. radiographie P. V. 4 Massiot 1939. amp. 10 kilo volt, écran lum. tr. bon état et portatif Phillips. Ecr. journ. qui transm.

Nº 41. — A vendre : Granchet et Comby Enf. Les 4 Agrégés, Tillaux Anat. top. Richet, Ann. méd. chirur., Baillon Botan. médic. Gariel Phys. méd., Gautier Chimie méd., Marrion Chir. urg.. Dieulafoy Path. int., Brocq et Jacquet Peau, Truc et Valude Oeil.

Nº 42. — A céd. appar. radiodiagnostic-thérapie 200 K. V. Massiot type K2 M. avec pied mural thérap. état nf. Appar. métabol. basal transp. Benedikt-Boulitte.

Nº 43. — A vend. install. médic. compr. meubles, table exam. instrum., livres et divers.

Nº 44. — Omnipratic. Paris, âgé, n'exerç. plus vendr. ses instruments.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & CIE. Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-1
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — Nos 10 et 11 — MERCREDI 1er MARS 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

379 à 381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Le N° 5 frs

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Médecine du travail.* — Un enseignement spécial pour l'obtention du diplôme de médecine du travail commencera le 20 mars 1944 et durera deux mois environ. Droits (y compris le droit d'examen) : 1.000 francs. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 11 mars au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Institut Alfred-Fournier.** — *Un cours de service social antivénérien* pour les infirmières et assistantes sociales aura lieu du 1er au 6 mai 1944 à l'Institut Alfred-Fournier 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la Clinique Baudelocque. S'inscrire dès maintenant, 25, Boulevard Saint-Jacques. Droit : 50 francs. Le nombre des admissions est limité.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'assistant en obstétrique.* — Un concours pour une place d'assistant en obstétrique des hôpitaux de Paris sera ouvert le 26 mai 1944. Les inscriptions seront reçues du 21 avril au 4 mai, 3, avenue Victoria.

— **Institut de droit comparé.** — A la Commission de droit pénal, le Docteur D'HEUCQUEVILLE a exposé la prévention des délits de mineurs.

Il a fait remarquer que les tares héréditaires, invoquées comme causes, ne sont pas fatales. Aux médecins et aux pouvoirs publics d'en tirer les conséquences.

— **Prix Paul Métadier.** — Afin d'encourager les études capables d'apporter des améliorations tangibles à la question vitale de notre alimentation, M. Paul MÉTADIER a fait un don de trois cent mille francs à la Faculté de Pharmacie de Paris, don accepté par le Conseil de la Faculté en sa délibération du 20 janvier 1944. Les arrérages en seront consacrés à la création d'un prix annuel de 10.000 francs.

Cette première année, le prix a été attribué à M. LEPESME, docteur en pharmacie, chef de travaux au Laboratoire de zoologie de l'Institut national agronomique, pour sa thèse : « Les Coléoptères des denrées alimentaires entreposées ».

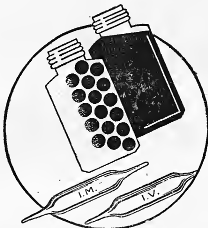
TARIFS DES ABONNEMENTS	
Tarif normal. 120 fr.	Étudiants..... 80 fr.

— **Le « Sou médical ».** — Le Conseil, au cours de sa séance du 7 janvier 1944, a prononcé l'admission de 72 nouveaux adhérents et dans sa séance du 4 février 1944, l'admission de 44 nouveaux adhérents.

— **Table des matières.** — En raison des restrictions qui nous sont imposées dans la consommation du papier, nous ne pouvons, comme autrefois, envoyer la table des matières de l'année 1943 à tous nos abonnés. Ceux d'entre eux que cette table intéresse voudront bien nous le faire savoir.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Dominique FRANCO, sixième enfant du Docteur Léonce Franco, de Vannes (Morbihan) ; de Jean-François THIMONNIER, fils du Docteur R. Thimonnier, de Meaulne (Allier) ; de Jean-Michel POUYANNE, sixième enfant du Docteur L. Pouyanne, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux ; de Béatrice QUENIN, troisième enfant du Docteur Quenin, de Mourmelon-le-Grand ; de Pierre DAZIN, fils du Docteur Dazin, d'Isbergues (Pas-de-Calais) ; de Danièle-Claudie ASTOR, cinquième enfant du Docteur Astor, de Bailleau-le-Pin (Eure-et-Loir) ; de Jean-Claude COLLIN, deuxième enfant du Docteur Raymond Collin, de Bruyères (Vosges).

— **Mariages.** — On annonce le mariage de Mademoiselle Marguerite-Marie LHERMINEZ, fille du Docteur Lherminez, de Raimbeaucourt (Nord), avec Monsieur Jean DECROIX, pharmacien à Loos ; du Docteur Pierre MANO, de Béliet (Gironde), avec Mademoiselle Jeanne MANSENCAL.



— **Nécrologie.** — Le Docteur Pruvost, d'Estrée-Blanche (Pas-de-Calais), fait part du décès de son père, Monsieur Crépin Omer Pruvost.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Camille Butzbach, laryngologiste honoraire de l'hôpital de Belfort, père des Docteurs Jacques et Jean Butzbach.

Le Docteur Jules BONGRAND

Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de notre ami, le Docteur Jules Bongrand, chevalier de la Légion d'honneur, trésorier général de l'Association générale des médecins de France, administrateur de la Maison du Médecin et de la Prévoyance médicale, etc., à l'âge de 71 ans.

J. Bongrand, depuis une trentaine d'années, s'était dévoué aux œuvres professionnelles. Nous perdons avec ce grand bienfaiteur du Corps médical, un ami et un collègue très sincère. Le Docteur Bongrand était le beau frère du médecin général H. Rouvillois, membre de l'Académie de médecine, et l'oncle du Docteur Claude Rouvillois.

En notre nom et au nom du *Concours médical*, nous adressons à Madame Jules Bongrand et à toute sa famille, l'expression de nos vives et douloureuses sympathies.

J. N.

Bibliographie

La Puériculture, son histoire, son domaine, par Louis Devraigne. Les Publications sociales agricoles, 90, rue Saint-Dominique, Paris (VIIe).

M. Devraigne, qui depuis près de quarante ans, continuant l'œuvre de son maître Budin, précurseur en puériculture, a poursuivi une action efficace par la diffusion de l'enseignement de l'élevage des petits enfants, nous donne aujourd'hui une utile et inédite documentation sur la puériculture post-natale, anténatale et anté-conceptionnelle.

L'auteur, dans un petit livre de 90 pages, ne néglige pas le côté pratique et le côté moral de la question, mais il s'attache à son côté historique et biologique. Après avoir étudié les questions de démographie française : dénatalité et mortalité infantile, il donne un aperçu de l'histoire de la puériculture, puis il montre l'importance de la puériculture post-natale : lutte contre la misère, lutte contre l'ignorance et insiste sur l'importance des consultations de nourrissons et de l'enseignement des notions d'élevage. Dans le chapitre réservé à la puériculture anténatale, il envisage les consultations prénatales, les dispensaires de prophylaxie et le rôle du médecin dans les consultations maternelles, les mesures législatives. Enfin, les questions d'eugénique, de certificat prénuptial, dans le chapitre réservé à la puériculture anté-conceptionnelle. Il conclut que la meilleure définition de la puériculture est celle très complète de Pinard : « Science ayant pour but la recherche, l'étude et l'application de toutes les connaissances relatives à la reproduction, à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine ».

H. Rouèche.

Mutualité Familiale

Réunion du Conseil d'administration du 8 janvier 1944

Présents : MM. Noir, président ; Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint.

Excusé ; M. Bayard.

La séance est ouverte à 16 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Admissions définitives

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée à propos d'él-

les, le Conseil prononce les admissions définitives suivantes :

MM. Amourdedieu (Ardèche) ; Behague (B.-P.) ; Blanchard (Seine) ; Bouvaist (Seine) ; Bridoux (Nord) ; Cantier (Aude) ; Cappelle (P.-O.) ; Couillault (Vosges) ; Depasse (I.-et-V.) ; Deshons (Hérault) ; Echegut (P.-de-D.) ; Ganghoffer (Allier) ; Goguillon (Nord) ; Granddidier (M.-et-M.) ; Hache (Nord) ; Laborderie (S.-et-O.) ; Laforge (Vendée) ; Le Doze (Loire-Inf.) ; Le Gall (Finistère) ; Martrou (Haute-Vienne) ; Mazurier (Vosges) ; Moriniere (M.-et-L.) ; Person (L.-et-G.) ; Roubinet (Dordogne) ; Tellier (Nord) ; Trémoulet (Haute-Garonne).

Mmes Echegut (P.-de-D.) ; Guilloud de Courbeville (Loire) ; Moore ((I.-et-L.) ; Tellier (Nord).

Admissions provisoires

Le secrétaire général propose ensuite à l'agrément du Conseil, les candidatures de :

MM. Amat (I.-et-L.) ; Bridoux (Nord) ; Cadier (B.-P.) ; Combourieu (Cantal) ; Contal (Vosges) ; Gandouet (Charente-Inf.) ; Husson (Meuse) ; Jouen (Hte-Loire) ; Lacombe (Indre) ; Laval (T.-et-G.) ; Le Bourgeois (S.-Inf.) ; Lemaitre (Marne) ; Mazuez (S.-et-L.) ; Penquer (Hautc-Saône) ; Pouvreau (Vienne) ; Quentel (Finistère) ; Rascol (Dordogne) ; Raymond (Puy-de-Dôme).

Ces admissions deviendront définitives au 1er avril 1944, si d'ici là aucune d'elles n'a fait l'objet d'une réclamation.

La parole est ensuite donnée à M. J. Mignon, trérier adjoint, pour exposer un projet qui permettrait la réalisation facile d'une concentration souhaitable des œuvres médicales d'entr'aide et de prévoyance éxistantes. Cette concentration pourrait ensuite se concrétiser en la création d'une Caisse autonome.

Cet exposé donne lieu à une discussion au cours de laquelle sont examinés les avantages et les inconvénients possibles de la concentration.

La décision est prise de revenir sur le projet après que certaines informations auront été prises et que chacun aura pu se faire une opinion éclairée à ce propos.

Communication est donnée d'un don de 500 francs fait par le Docteur Godard, de Saint-Lô à la Caisse de secours aux médecins sinistrés et aux orphelins des bombardements.

Le Conseil adresse de chaleureux remerciements au Docteur Godard.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 17 h. 30.

Le Secrétaire général, G. Lavalée.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil national de l'Ordre

Attention au voleur

Plusieurs de nos confrères viennent d'être victimes de vols dans leur salon ou leur appartement. Sous le prétexte d'assister à la consultation demandée téléphoniquement pour sa femme, le voleur arrivé quelques instants avant l'heure fixée, dérobe des objets de prix dans le salon d'attente.

Il paraît s'intéresser spécialement aux tapis qu'il emporte soit roulés autour du corps sous son ample pardessus, soit enveloppés dans une toile qu'il a apportée. Du salon, il sort sans prévenir pour rôder dans tout l'appartement, prétendant, s'il est rencontré, qu'il cherche les W. C. Dans plusieurs cas, ne pouvant sortir de l'appartement sans être vu, il a prétexté ne pouvoir plus attendre et laisse au médecin

ou à la bonne, une note griffonnée priant sa femme de lui téléphoner après la consultation à une adresse téléphonique censée être celle de son bureau. L'adresse est fausse naturellement.

Signalement : 30 à 35 ans, taille 1 m. 72 environ, visage plutôt rond, courte moustache taillée, pas de barbe, pardessus beige clair d'étoffe plucheuse, feutre noir, aspect de petit employé ». (*Communiqué.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Déclaration des maladies contagieuses

Décret du 29 novembre 1943 ajoutant le tétanos à la liste des maladies à déclaration obligatoire

Art. 1er. — Le tétanos est ajouté, sous le n° 20 à la liste des maladies à déclaration obligatoire telle qu'elle a été fixée par le décret du 16 mai 1936.

(*J. O.*, 11 février).

Exercice de la médecine

ACTES MÉDICAUX RÉSERVÉS AUX MÉDECINS

Le *Journal officiel* publie un rectificatif à l'arrêté du 5 janvier 1944 fixant une liste d'actes dont l'exécution est réservée aux docteurs en médecine. Aux termes de ce rectificatif, il y a lieu de supprimer du texte de l'arrêté le troisième paragraphe ainsi conçu : « 3° L'examen radioscopique et la prise de radiographies ».

(*J. O.*, 5 février).

MÉDECINS AUTORISÉS

Arrêté du 20 janvier 1944 autorisant des médecins d'origine étrangère à exercer la médecine en France

Art. 1er. — Les praticiens dont les noms suivent ont relevés de l'interdiction édictée par l'article 1er de la loi du 22 novembre 1941 et, en conséquence, autorisés à exercer leur profession, sous réserve de satisfaire par ailleurs, à toutes les autres lois ainsi qu'aux décrets ou règlements régissant l'exercice de ladite profession :

Mlle le Docteur OSTA, exerç. ant. à Hauteville, sanatorium Régina (Ain). ; Dr WILLMANN, exerc. ant. à Aurillac, hôpital civil (Cantal) ; Dr GÉRARD, exerç. ant. à Prat (C.-du-N.) ; Dr STAHL, exerç. ant. à Toulouse, 93, avenue du Lauragais ; Dr ZAKHAJM-LINGET, exerç. ant. à Toulouse, 26, rue Rapas ; Dr HARARI, exerç. ant. à Palavas, 1, rue Saint-Pierre (Hérault) ; Dr GAEREMYNCK, exerç. ant. à Leers, 29, rue Victor-Hugo (Nord) ; Dr AOUN, domicile : 93, rue du Rocher, Paris (VIIIe) ; Dr BORCHEWSKY, exerç. ant. à Boulogne-sur-Seine, 247, boulevard Jean-Jaurès ; Dr DE PORTU, exerç. ant. à Paris (XVIIe), 99, rue Jouffroy ; Mme le Dr DUCROUX, née SEGAL, exerç. ant. à Paris, 29, rue Emile-Desvaux, actuellement à Salon-la-Tour (Corrèze) ; Dr GOUTNER exerç. ant. à Paris (XVIe), 118, avenue de Versailles ; Dr HOCHFELD, exerç. ant. à Paris (IXe), 11, rue de Douai ; Dr TAGGER, exerç. ant., à Puteaux, 41, rue Sadi-Carnot ; Dr ABADIE, exerç. ant. à Egriselles-le-Bocage (Yonne).

(*J. O.*, 30 janvier).

Loyers

Le *Journal officiel* publie une nouvelle loi sur les loyers portant la date du 1er février 1944 au sujet de laquelle nous nous proposons de faire paraître un bref commentaire dans un de nos prochains numéros.

(*J. O.*, 6 février.)

Soins aux pensionnés de guerre

Par arrêté du 28 janvier 1944, ayant effet du 1er janvier 1944, le taux des indemnités de déplacement allouées aux médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est fixé uniformément à 3 fr. par kilomètre effectivement parcouru.

(*J. O.*, 5 février).

& ÉCHOS COMMENTAIRES

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE. — LES INCERTITUDES DU LÉGISLATEUR. — LE CONTRÔLE MÉDICAL DES PENSIONNÉS DE GUERRE. — « LEGE QUAESO ». — A PROPOS DE LA MÉDECINE D'ENTREPRISE. — DE L'ENTR'AIDE A LA CONCUSSION. — MARCHÉ NOIR ET INSTRUMENTN MÉDICAUX.

Dans le communiqué que nous avons publié, le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille précise sa position sur la question : il offre simplement d'ouvrir à l'enseignement les hôpitaux qu'il contrôle afin que tous les étudiants en médecine aient large et facile accès aux malades.

Tous les médecins opineront qu'un tel projet est louable et mériterait d'être réalisé. Seule du reste, croyons-nous, l'Education Nationale, jalouse et incompréhensive, s'y oppose.

Il s'agit là d'une très vieille idée qui se concrétisa autrefois par le slogan : « L'hôpital centre d'enseignement » et en faveur de laquelle Leredde et le *Concours* rompirent plus d'une lance. Elle procède en droite ligne de la compréhension que nous avons en France de l'enseignement de la médecine : les médecins ne se forment qu'au lit du malade.

Les cliniques universitaires sont notoirement insuffisantes pour instruire convenablement de la séméiologie et du diagnostic, les centaines d'étudiants que comptent les grands centres de Facultés. Un stagiaire ne voit rien et n'apprend rien dans ces services, envahis chaque matin d'une foule hétéroclyte et où la visite prend la spectaculaire solennité d'une procession. Aucun enseignement technique ne tolèrerait d'être alourdi de tels impedimenta et il est paradoxal que la médecine s'en soit accommodée si longtemps.

L'idée du Docteur Grasset de faire de l'hôpital une « école d'application », pour reprendre son expression, est donc inspirée par le sain et compétent souci de l'intérêt public. Il faut souhaiter que l'*Alma mater* de la rue de Grenelle assouplisse un peu les articulations de ses neurones cérébraux et s'enferme moins hargneusement dans sés partis pris.

Sinon ce n'est pas une mère que nous aurions là, mais une marâtre !

***

Décidément la nomenclature des actes professionnels réservés aux médecins, prévue par la loi du 15 novembre 1943, est d'une gestation douloureuse. Nous avons dit déjà le temps considérable que la loi elle-même mit à franchir l'étape des bureaux. Sans doute par esprit de compensation, l'arrêté d'application dressant la nomenclature parut sans désemparer.

Nous avions admiré cette rapidité, mais il semble qu'il eut été préférable d'éviter, après l'excès de lenteur, l'excès de vitesse et de mûrir davantage le texte que l'on publiait.

Inspiré par un grand désir de compréhension, et tout en nous étonnant de voir un arrêté interdire aux non-médecins l'examen radioscopique déjà exclu de leur possibilité par la loi du 16 mars 1934, nous avions cherché à expliquer la mesure réservant aux médecins « la prise de radiographie » qui venait condamner d'une manière péremptoire l'emploi de manipulateurs.

Mal nous en prit, l'auteur de l'arrêté ne tardait point, en effet, à désavouer ses partisans en se désavouant lui-même. Un rectificatif paru au *Journal officiel* du 5 février annulait le paragraphe relatif à « l'examen radioscopique et à la prise de radiographie » paru dans le *Journal officiel* du 11 janvier dernier.

On regrette vraiment qu'aucun commentaire officiel ne vienne nous instruire des vues obscures de ce législateur incertain. Ce n'est point la première fois au reste, ni dans le seul domaine médical, que l'on assiste à semblables jongleries. La loi semble avoir emprunté au domaine militaire la succession de l'ordre et du contre-ordre. Le premier à en souffrir est le principe de légalité. Comment s'étonner ensuite si le désordre en naît ?

***

Un arrêté du 6 janvier 1944, publié dans notre numéro du 1er février dernier, organise le contrôle médical sur place prévu par l'art. 43 du décret du 10 septembre 1942 sur le régime des soins aux pensionnés de guerre.

Ce contrôle est confié à un nouveau corps de médecins « recrutés par voie d'engagement contractuel » et qui devront renoncer à toute clientèle privée.

L'arrêté est absolument muet sur les qualités et références que devront présenter les candidats contrôleurs. Il est seulement prévu que « l'engagement est prononcé (*sic*) par le Secrétaire général des anciens combattants sur présentation des candidats par une Commission... ». Pas un mot sur les critères qui devront guider le travail de la Commission et inspirer le choix du Secrétaire général.

Voilà, n'est-il pas vrai, de sérieux risques d'arbitraire ? Nous espérons que des directives ministérielles viendront promptement tirer d'incertitude ceux de nos confrères qui — déjà ! — semblent attirés par cette nouvelle branche de la médecine fonctionnarisée.

A ce propos, il nous semble plus souhaitable que jamais que tout le domaine du contrôle de la médecine sociale soit confié à un seul Corps de médecins ayant statut unique, soumis aux mêmes disciplines, formés selon les mêmes méthodes, ayant les mêmes garanties d'exercice et jouissant de la plus complète indépendance, non seulement vis-à-vis de leurs confrères et des malades, mais vis-à-vis des organismes pour le compte desquels ils opèreront.

***

« Lege Queso »... le traditionnel « sic » s'impose ! Ainsi débute en effet le dernier *Bulletin de l'Ordre* en une épigraphe qui veut être une caustique épigramme. Quel dommage vraiment que l'Office de documentation dont le même *Bulletin* nous décrit par ailleurs la féconde activité, ne possède pas un simple petit Larousse aux précieuses pages roses, si secourables aux mémoires défaillantes. Un tel barbarisme n'est certes point fait pour relever le prestige d'un Corps que l'on voulait croire humaniste et qui commence, hélas, lui aussi à perdre son latin.

Le typo, c'est l'usage, aura bon dos. Or, l'erreur est aussi reproduite au sommaire ! Qui du typo, de la malchance ou de l'auteur doit-on taxer de persévérance diabolique ?

***

Voir la suite des Echos page XVI-136

PARTIE SCIENTIFIQUE



L'UROGRAPHIE DANS LA TUBERCULOSE RÉNALE

Professeur Marion

Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé des avantages que peut offrir l'Urographie dans l'exploration des reins tuberculeux; certains urologues ont même pensé que l'Urographie était un moyen d'exploration complète et suffisante pour tous les cas de tuberculose rénale. Il est certain que l'urographie nous rend les plus grands services dans l'exploration de la tuberculose des reins, mais elle ne peut dispenser dans tous les cas de l'exploration classique : la division d'urines par cathétérisme urétéral.

L'Urographie a plusieurs avantages. Tout d'abord, elle peut nous donner des renseignements sur l'état des reins quand on ne peut faire aucune exploration, en raison d'une intolérance vésicale qu'aucun traitement ne parvient à améliorer. Dans certains cas, elle peut nous dispenser du cathétérisme urétéral, exploration plus ou moins pénible pour le malade, quelquefois même douloureuse en raison de l'état de la vessie ; il est vrai que, dans ces cas, il est formellement indiqué de pratiquer une anesthésie soit épidurale, soit rachidienne qui, supprimant les douleurs pour le malade, facilitera grandement la tâche de l'urologue. Car les renseignements qu'elle nous donne, associés aux constatations cliniques, peuvent permettre de poser des indications thérapeutiques exactes. Enfin l'Urographie nous donne des renseignements sur la valeur des reins en nous montrant comment ces reins éliminent la substance qu'on a injectée dans la veine.

Mais à côté de ces avantages, l'Urographie employée exclusivement a des inconvénients. Tout d'abord, elle laisse échapper des lésions existantes, parce que ces lésions ne sont pas encore suffisamment caractérisées, n'ont pas encore modifié l'aspect des papilles, alors que des lésions existent dans l'intérieur même du parenchyme, de sorte qu'il est impossible de connaître le côté atteint. D'autre part, précisément parce qu'elle ne décèle pas toujours les lésions existantes dans un rein, elle risque de faire enlever un rein malade, mais peu touché, alors que l'autre est lui aussi malade. Il s'agit, en somme, d'un cas de tuberculose bilatérale peu prononcée dans chacun des reins, tuberculose bilatérale que nous considérons comme devant être traitée médicalement.

Etant donné ses avantages et ses inconvénients, comment utiliser l'Urographie au cas de tuberculose du rein ? Je vais : 1° vous décrire les aspects radiographiques que peut fournir l'urographie dans ces cas ; 2° je vous dirai ensuite les indications de son emploi et les conclusions thérapeutiques que l'on peut en tirer.

Mais avant tout, il est trois grands principes, qui doivent présider à l'utilisation de l'Urographie dans la tuberculose rénale :

1° *On n'est autorisé à utiliser l'Urographie dans la tuberculose du rein que si elle est bien démontrée nécessaire soit par la constatation de bacilles de Koch dans l'urine, soit par des inoculations positives, sans quoi l'urographie expose à toutes les erreurs ;*

Lorsque ni l'examen des urines, ni les inoculations ne démontrent une tuberculose rénale, que l'on soupçonne d'après l'évolution de la maladie, d'après les lésions vésicales, il est préférable de pratiquer, pour confirmer les soupçons, une division d'urine qui au cas de tuberculose révèlera, en dehors du pus, une diminution de la fonction rénale, et une pyélographie, qui pourra faire constater des lésions que l'urographie ne montrerait pas.

2° *Il ne faut chercher à n'interprêter que les bons clichés fournis par l'Urographie et ne pas vouloir à tout prix tirer des conclusions d'épreuves radiographiques plus ou moins douteuses. Or, il faut le reconnaître, les bons clichés urographiques sont rares.*

3° *Il ne faut pas vouloir interpréter ces Urographies si l'on n'a pas une grande habitude de leur interprétation.*

I. — Les aspects radiographiques que fournit l'Urographie sont très variés, nous allons les passer successivement en revue :

a) *Sur aucun cliché les reins n'apparaissent.* — On peut en conclure qu'il s'agit d'une destruction totale des reins ; mais il est possible que le passage du liquide opaque ait été trop rapide dans le rein et que la prise du cliché ait été faite après son élimination ; mais alors on retrouvera le liquide dans la vessie, dont il fournira une image très nette. Le défaut de passage du liquide opaque dans le rein peut venir aussi du fait que l'injection intraveineuse a été mal faite et que le liquide n'a pas été injecté dans la veine. Dans ce cas d'absence de mise en évidence des reins, il faut rechercher l'urée sanguine ; si cette urée est en quantité anormalement élevée, il faut en conclure que les deux reins sont détruits : il est inutile de pousser plus loin les explorations. Si au contraire l'urée sanguine est nor-

male, il faut recommencer l'exploration, si on veut à tout prix utiliser l'urographie ;

b) Dans un autre cas, *le rein d'un côté est parfaitement visible*, normal ou avec des lésions, mais de *l'autre côté, le rein n'apparaît pas*. Il peut s'agir d'une destruction totale de ce rein par la tuberculose ; mais il peut s'agir également d'une absence congénitale de ce rein. Si rien n'indique cliniquement que le rein quel'on ne voit pas à la radiographie est malade, il pourra être indispensable de pratiquer un cathétérisme urétéral pour reconnaître si, oui ou non, le rein que l'on voit est unique ou si, de l'autre côté, il existe un rein détruit qu'il faut enlever (*Fig.* 3 et 4) ;

c) Le rein peut apparaître *nébuleux*. On voit des opacités disséminées dans le rein, plus ou moins accentuées. Dans ce cas, il s'agit d'un rein en état de pyonéphrose, qui sécrète encore et qui distribue la substance opaque là où le pus ne se trouve pas trop épais ;



Fig. 1. — Les deux reins sont manifestement lésés tous les deux, quoiqu'ils fonctionnent encore bien tous les deux. Exclusion de la partie supérieure du rein droit. Il faut s'abstenir.

d) Le rein peut apparaître *caverneux* ; les calices sont augmentés de volume en largeur et en longueur ; ils se continuent par des poches quelquefois considérables et par contre, dans la plupart des cas, le bassinet apparaît très réduit comme volume, quelquefois absent. Il s'agit d'un rein fonctionnant encore, mais creusé de cavernes avec un bassinet qui, par inflammation ou sclérose, se trouve réduit considérablement de volume (*Fig.* 1 et 2) ;

e) Dans la tuberculose au début, les lésions demandent à être recherchées avec le plus grand soin et on les reconnaîtra sous forme d'une *petite poche*, quelquefois minuscule, *prolongeant un ou plusieurs calices*. Pour un œil non exercé, la lésion pourrait échapper complètement : il s'agit d'une ulcération débutante au niveau d'une papille ;

f) Enfin, dans bien des cas, on a constaté du pus dans les urines, des bacilles de Koch, et *l'urographie ne montre vraiment pas de lésion caractéristique*, soit que l'ulcération papillaire, soit encore trop minime, soit qu'il s'agisse de lésions granuleuses intra-parenchymateuses que n'ont pas encore modifiées la forme, ni les dimensions des calices. Peut-être la pyélographie, plus précise que l'urographie, montrerait-elle une lésion, mais, si l'on doit introduire une sonde dans l'uretère, mieux vaut faire une division.

Les modifications, qui existent dans la tuberculose rénale, peuvent du reste être uni-ou bilatérales.

Enfin, il faudra étudier avec soin *l'état de l'uretère*. Très souvent l'uretère ne se trouvera aucunement modifié et apparaîtra comme un uretère normal ; dans d'autres cas, il sera nettement augmenté de volume ou bien présentera des alternatives de dilatation et de resserrement, lui donnant un aspect extrêmement irrégulier.



Fig. 2. — Le rein gauche apparaît porteur d'une petite caverne à la partie inférieure, mais il fonctionne bien. Il est indispensable de savoir si le rein droit n'a rien. Il faut faire une division.

II. — Etant donné les images que fournit l'urographie dans la tuberculose rénale, quelles sont les indications de son emploi, quelles sont les conclusions que l'on en peut tirer au point de vue thérapeutique.

Je répète que, sauf exception, seuls les cas, où il est démontré qu'il s'agit bien d'une tuberculose, sont justiciables de l'urographie et que seules les bonnes épreuves radiographiques sont susceptibles d'être interprétées.

Au point de vue des indications de l'emploi de l'urographie, il y a tout d'abord des *cas de nécessité* ; ce sont ceux où malgré tous les traitements, la vessie intolérante ne s'améliorant pas, il est impossible de pratiquer une division d'urines, même sous anesthésie. Il faut donc se résoudre à employer l'urographie comme moyen d'exploration.

En dehors de ces cas de nécessité, on peut dire que *toutes les tuberculoses rénales sont jus-*

ticiables de l'Urographie ; CELA NE VEUT PAS DIRE QUE, DANS TOUS LES CAS, ON POURRA EN TIRER DES CONCLUSIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, mais, dans beaucoup de cas, elle suffira pour formuler des indications précises et parfois elle montrera des lésions qu'on ne soupçonnait pas. On peut donc toujours commencer l'examen d'une tuberculose du rein par une urographie, cela peut éviter au malade une division d'urine.

Dans un certain nombre de cas, elle permettra de porter un diagnostic précis sur la localisation de la lésion et sur la valeur des reins, et d'instituer le traitement convenable.

Lorsque sur un cliché urographique, aucun des reins n'apparaît, que l'on ne voit pas de liquide dans la vessie et que l'urée sanguine est élevée, il est certain que toute intervention est inutile, les deux reins pouvant être considérés comme détruits.

L'urographie est également suffisante lorsqu'elle démontre que les deux reins sont atteints de lésions nettes à peu près équivalentes, ces deux reins pouvant encore éliminer passablement le liquide opaque. C'est au traitement médical qu'on devra avoir recours (*Fig.* 1).

Par contre, elle permettra de formuler une indication opératoire, sans qu'il soit besoin d'une division, quand il y a une indication formelle à enlever un rein, qui provoque des douleurs intenses, de la température, que l'on sent gros ou qui présente à l'urographie des lésions considérables. Il suffit pour faire cette ablation nécessaire du rein de savoir qu'il existe un autre rein *valable*, que ce rein soit sain ou malade. Or, dans ce cas, l'urographie ne montrera peut-être pas le rein douloureux et fébrile, mais elle montrera s'il existe, oui ou non, un rein de l'autre côté. Du moment que ce rein élimine bien le liquide opaque, on sera autorisé à intervenir sur le rein douloureux, dangereux ou très malade. Peu importe que le rein de l'autre côté soit sain ou atteint de tuberculose plus ou moins prononcée, du moment qu'il est suffisant, ce que prouve l'urographie, on peut intervenir (*Fig.* 3 et 4).

L'urographie démontre parfois l'existence d'un rein en apparence sain, ou peu malade, ou très malade. Mais l'autre rein n'est pas apparent. Au cas où le rein visible est très malade, il est évident que la question ne se pose pas d'intervenir sur un rein probablement détruit. Si, au contraire, le rein que l'on voit apparaît sain ou peu malade, il est indiqué d'enlever un rein inutile et dangereux. Mais le rein que l'on ne voit pas existe-t-il réellement et ne s'agit-il pas d'une absence congénitale d'un rein, chose peu exceptionnelle. Si, cliniquement, il est démontré que ce rein, que l'urographie ne montre pas, existe (douleurs de ce côté, rein perçu par le palper) l'urographie sera suffisante pour permettre d'aller enlever ce rein détruit. Mais si rien ne démontre l'existence de ce rein, il faudra compléter l'urographie par une division d'urine, afin de ne pas risquer de faire une lombotomie complètement inutile.



Fig. 3. — Le rein gauche est entièrement détruit. Le rein droit est suffisant. On peut enlever le rein gauche sans chercher à savoir s'il existe une lésion de ce côté.



Fig. 4. — Le rein droit est complètement détruit. Le rein gauche apparaît suffisant, même s'il est atteint d'une petite lésion tuberculeuse ; il faut enlever le rein droit.

La division d'urine est également indispensable, quand l'urographie démontre un rein atteint d'une lésion tuberculeuse discrète, l'autre rein apparaissant indemne (*Fig.* 2). Dans ce cas, on ne peut enlever le rein malade que si l'autre rein est bien réellement indemne. Or l'urographie est insuffisante pour établir cette démonstration, comme le prouvent les interprétations d'urologues particulièrement qualifiés affirmant, d'après l'urographie, qu'un rein est sain, alors que la division d'urine le démontre malade. Evidemment, dans un tel cas, on peut enlever le rein malade sans mettre en danger immédiat la vie du malade, mais si le rein qu'on laisse est également malade, rien ne prouve que plus tard, la tuberculose évoluant plus vite sur ce rein que sur le rein enlevé, le malade ne vivra pas avec le rein que l'on a vu atteint.

Certains urologues disent bien que, dans ces cas, il faut laisser évoluer la tuberculose pour la laisser se confirmer dans le rein, qui apparaît atteint, et pour que la démonstration de l'intégrité du rein opposé soit démontrée. Cela est une conception dangereuse, car des lésions vésicales peuvent s'installer pendant cette période, rendant ensuite la situation du malade fort pénible après la néphrectomie. Mieux vaut s'assurer de l'intégrité du rein par une division d'urine.

La division d'urine est encore indispensable quand, du pus et des bacilles de Koch étant trouvés dans l'urine, l'urographie ne montre de lésions nettes, ni d'un côté, ni de l'autre.

Enfin, cette division doit être faite, quand on *ne se trouve* pas en présence d'urographies vraiment nettes. On pourra, si on répugne au cathétérisme urétéral, recommencer cette urographie, mais il sera plus sûr de pratiquer une exploration des reins par cathétérisme urétéral.

En résumé :

1° L'urographie peut être pratiquée chez tous les malades que l'examen des urines ou l'inoculation a démontrés nettement atteints de tuberculose rénale ;

2° Seules les bonnes urographies doivent être interprétées. Vouloir tirer des conclusions d'urographies médiocres, c'est s'exposer aux pires erreurs ;

3° L'urographie sera utilisée à titre exclusif, quand l'état de la vessie ne permet pas un cathétérisme des uretères ;

4° L'urographie pourra encore être considérée comme méthode suffisante d'exploration quand elle démontre : *a*) la destruction des deux reins ; *b*) des lésions nettes et équivalentes des deux reins ; *c*) l'absence d'un rein avec existence d'un autre rein sain ou peu malade, à condition que cliniquement le rein, qui n'apparaît pas, existe ; *d*) quand un rein doit être enlevé du fait des accidents qu'il détermine, et que l'urographie démontre qu'il existe un rein suffisant de l'autre côté ;

5° L'urographie doit être complétée par une division d'urine : *a*) quand, l'urographie ne montrant qu'un seul rein, rien n'indique que le rein qui manque existe ; il peut être absent congénitalement ; *b*) quand un rein apparaît légèrement touché, même si l'autre rein semble sain ; *c*) quand l'urographie ne fait apparaître dans aucun des reins une lésion nette.

A PROPOS DES PORTEURS DE GERMES DIPHTÉRIQUES DÉSINFECTION PAR MALADIE AIGUË INTERCURRENTE

Docteur G. Bons (Montluçon)

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

Le médecin, qui soigne une angine diphtérique, ne se soucie pas toujours de savoir dans quelle mesure son malade restera contagieux après la guérison de l'épisode aigu. Il est probable que trop souvent des sujets sont remis en circulation qui restent porteurs de germes, peut-être parce que nombre de confrères pensent que la guérison de l'angine par le sérum entraîne obligatoirement la disparition de tout germe pathogène dans le rhino-pharynx des patients. Il n'en est malheureusement rien et la désinfection de ces convalescents pose les mêmes problèmes que la désinfection des porteurs de germes sains, problèmes dont les solutions ont une importance familiale et sociale de premier plan.

Les difficultés auxquelles on se heurte pour obtenir une stérilisation réelle, l'absence de méthode simple, rapide et efficace dans tous les cas, ont conduit à multiplier les tentatives thérapeutiques. Le nombre des diphtéries ayant notablement augmenté depuis 1940, et ayant été appelé fréquemment à soigner dans notre service des diphtériques appartenant à des collectivités, nous avons eu la possibilité d'essayer plusieurs des méthodes proposées.

Une qui nous a paru la plus séduisante, qui est d'application facile, sauf chez les tout jeunes enfants, et qui nous a donné les résultats les plus constants, est la pyrétothérapie.

Le but de ce modeste article n'est pas d'entreprendre l'étude de cette méthode thérapeutique, mais d'en donner une vivante illustration par une observation dans laquelle l'angine diphtérique fut suivie d'une pyrexie d'autre nature qui détermina, en quelques jours, la disparition de tout germe dans le rhino-pharynx de notre malade.

Voici cette observation :

« Monsieur M., 40 ans, garçon de salle au service « des vénériens de l'hôpital, entre dans le service de « médecine générale, le 11 août 1943, pour une angine « diphtérique absolument typique. Le diagnostic « est confirmé par le laboratoire. Dès son entrée, le « malade reçoit une dose unique de 80.000 unités de « sérum antidiphtérique purifié. La gorge s'étant « rapidement nettoyée, l'adénopathie ayant rétro- « cédé, la sérothérapie n'a pas été renouvelée.

« Le quatrième jour, poussée fébrile à 38°6 avec « discrète éruption urticarienne et vagues arthral- « gies, qui ne durent d'ailleurs pas. Le septième « jour, réapparition de la fièvre qui va atteindre « 39° en deux jours. Cette montée fébrile est paral- « lèle à la constitution d'un placard d'érysipèle, qui « va bientôt atteindre tout le visage. Nous n'insis- « tons pas sur l'évolution du placard, non plus que « sur la gravité de l'état général chez ce malade habi- « tuellement déficient. Ce qui nous intéresse, c'est « l'allure de la courbe thermique :

« 39° pendant quatre jours ;
« 39°6 le soir pendant les quatre jours suivants ;
« 40° enfin pendant deux autres jours ;
« Puis retour à la normale en 48 heures.

« Nous avons fait alors, avant de rendre le malade « à sa famille, deux prélèvements de gorge à huit « jours d'intervalle, prélèvements qui ont montré « tous les deux, l'absence de bacille de Lœffler (48 « heures d'étuve).

C'est là certainement la stérilisation la plus rapide que nous ayons jamais eue depuis que nous soignons des diphtéries. Cette observation justifierait en quelque sorte, s'il en était besoin, l'emploi de la pyrétothérapie, dans la désinfection des porteurs de germes diphtériques ; c'est pourquoi il nous a paru intéressant de la verser au dossier d'une méthode qui nous donne souvent satisfaction et que nous rangeons parmi les meilleures.



L'ORGANISATION DE L'ANESTHÉSIE

Par J. Lavoine

LE RÔLE DE L'ANESTHÉSISTE

Dans toute intervention chirurgicale, il est trois personnages dont le rôle est important : le malade, le chirurgien, l'anesthésiste.

Le malade supporte plus ou moins bien le traumatisme opératoire. Les réactions qu'il présente pendant et après l'intervention constituent « la maladie opératoire », qui est caractérisée par un déséquilibre neuro-végétatif, dont l'importance varie selon les individus, selon l'état de leur système nerveux et endocrinien, selon la nature, le siège, la durée de l'opération, selon la précision, la douceur, la légèreté de mains du chirurgien et selon l'habileté de l'anesthésiste. Chaque opéré réagit à sa manière.

Souvent la maladie opératoire passe inaperçue ; les symptômes étant peu accentués, difficiles à déceler. Le malade à peine touché se remet facilement et guérit rapidement.

Il est des cas où l'atteinte est plus sérieuse, où le sujet est choqué : choc immédiat, apparaissant quelques heures après l'opération : pouls rapide, petit ; respiration superficielle ; sueurs froides. Ce choc est généralement de courte durée et disparaît assez rapidement à la suite d'un traitement approprié.

Parfois la situation s'aggrave dans les jours qui suivent : la pression artérielle s'effondre, le pouls est misérable et filant ; la respiration superficielle s'accélère ; les pupilles sont dilatées ; le corps est recouvert de sueurs froides et les extrémités cyanosées se refroidissent.

Si nous connaissons bien la symptomatologie de ces différents états de choc, il faut bien avouer que leur étiologie, leur mécanisme nous échappent en artie. La maladie opératoire est la rançon inévitable de l'opération, mais nous pouvons l'atténuer.

Dans ce traitement, qui doit être d'abord préven..., le chirurgien, l'anesthésiste ont chacun leur rôle jouer.

Le chirurgien, obéissant aux lois physiologiques de chirurgie qu'il connaît bien, ne cherche plus à .re l'opérateur rapide et brillant. Si sa technique ...ste précise, ses gestes deviennent plus doux. S'ef...orçant d'éviter les traumatismes, de réduire au minimum les perturbations que l'acte chirurgical provoque dans les tissus, il cherche à se rapprocher de son idéal : la chirurgie traumatique. Il opère non seulement en anatomiste adroit, mais en physiologiste prudent et la précision de sa technique, la qualité de ses gestes diminuent sérieusement la gravité e la maladie opératoire.

L'anesthésiste a lui aussi un rôle important qui consiste d'abord à préparer le malade, à l'amener à la salle d'opération dans les meilleures conditions physiques et psychiques. Il doit chercher à rétablir l'équilibre du système nerveux du futur opéré, à le rassurer, à diminuer l'appréhension, l'anxiété des grands nerveux, des angoissés. Après avoir pratiqué un examen sérieux du malade, il pourra, en cas de besoin, améliorer la tension artérielle, le temps de saignement, de coagulation ; combattre les déficiences légères : azotémie, glycémie, etc. ; relever la réserve alcaline, la réserve glycogénique ; réhydrater les déshydratés.

Au cours de l'intervention, il surveillera de près son anesthésie, qu'il doit s'efforcer de rendre régulière et suffisante, et l'état de son malade. La fréquence du pouls, la tension artérielle, prises régulièrement et assez fréquemment, le renseigneront sur la façon dont le sujet supporte le traumatisme opératoire et l'anesthésie. Il pourra aussi agir immédiatement en injectant par voie sous-cutanée ou intra-veineuse selon l'urgence, du pressyl, du syncortyl, du sérum et cela avant que le malade n'ait perdu ses moyens de défense. Il devra, à l'approche du danger, prévenir le chirurgien.

Après l'intervention, l'anesthésiste, continuant de surveiller l'opéré, s'efforcera de rétablir l'équilibre du système neuro-végétatif sérieusement compromis par l'opération ; de combattre l'exhémie, le collapsus vasculaire, la défaillance endocrinienne et toutes les complications digestives, urinaires, hépatiques pulmonaires, veineuses, etc.

La prophylaxie, le traitement de la maladie opératoire sont l'objet de toute l'attention, de tous les soins du chirurgien ; mais il y aurait intérêt à ce que celui-ci se fasse aider, seconder par un médecin qualifié, compétent, sans pour cela abandonner la surveillance des suites opératoires qui lui incombe.

Dans la médecine de la chirurgie, l'anesthésiste semble tout indiqué pour jouer ce rôle, mais à la condition qu'il possède certaines qualités fondamentales.

Une nouvelle spécialisation médico-chirurgicale s'impose : l'anesthésie.

Pour avoir les bons anesthésistes, que malades et chirurgiens réclament, il faut les instruire d'abord, puis leur faire, dans l'équipe chirurgicale, une place honorable pour que des individualités de valeur s'y intéressent.

Il ne suffit pas de vouloir : il faut agir.

(*A suivre*).



LA COLIQUE PANCRÉATIQUE

Comme l'adrénaline guérit les insuffisances surrénales brutales, nous avons montré que, dans les mêmes conditions d'intoxications ou de toxi-infections, l'insuline surmonte les déficiences subites pancréatiques *devant l'acétonurie et la colique pancréatique* (*Concours médical*, 8-42 ; *Bulletin médical*, 1-3-43 ; *Académie de médecine* , 25-5-43).

On doit songer à la colique pancréatique en face de toute *algie prononcée et profonde de l'abdomen supérieur médian*, suivie de près par une colique secondaire intestinale *effective*, avec arrêt des matières et des gaz. L'irradiation gauche (Mayo-Robson) décrite est plus fréquente qu'on ne l'a dit : le rein ne s'exaspère pas dans son ré. exe à la pression ; il n'est pas en cause.

De la « douleur atroce» (M. le Prof. Mondor) à la douleur gênante très précise, on retrouve toute la gamme des nuances dans la brutalité d'apparition de la colique pancréatique, *qui ne cède pas aux stupéfiants*. Cordon noueux dépressible rétro-gastrique, tension de tout ou partie du pancréas dans sa zone de projection, telles sont les sensations de la palpation devant un estomac généralement plat, au point xyphoïdien silencieux.

On doit déterminer le *point initial* — que *le malade reconnaît bien* — de la colique pancréatique, pour éviter de s'égarer vers « l'occlusion ou la sub-occlusion» (M. le Prof. Mondor) des pancréatites aiguës et des formes moindres. Car là est l'écueil conduisant à l'intervention pour une absence d'obstacle, l'œdème épiploïque étant seul en cause, même devant le *boudin pré-ombilical* (rappelé par MM. Laffitte et Suire), *de localisation variable* dans nos constatations.

L'insuline est remarquable, de plus en plus à faibles doses : 5 unités pour M. Mathieu de Fossey, parfois moins, surtout dans la « pancréatite alcooli-

que », si violente dans ses symptômes, si fragile devant le traitement. On ne dépasse pas 30 unités par jour dans les formes à réaction acétonurique intense, *toujours avec absorption de 5 grammes de sucre par 5 unités.* On surveille la régression journalière de l'anneau acétonurique dans sa réaction, pour diminuer et arrêter l'insuline à sa disparition.

Dose extrême employée à ce jour : 300 unités en douze jours dans une pancréatite subaiguë staphylococcique des plus graves et guérie.

H. Herding (Angers).

Les Thèses

Dr Pierre Faurie. — **A propos d'un cas de carotènémie.** (Thèse de Paris, 1943).

L'observation rapportée par l'auteur concerne une jeune femme de 28 ans atteinte de carotènémie. L'aspect de la malade frappait par la teinte jaune-orange de la peau, mais, contrairement à ce qui se passe dans l'ictère, les conjonctives étaient normales et les urines claires, sans pigments biliaires. Le taux du carotène par 100 c. c. de sérum atteignait 114 à 160 γ au lieu de 70 à 100 γ. Aucune altération de la santé générale, à part un certain amaigrissement dû à l'hypo-alimentation. La malade, depuis plusieurs mois déjà, s'alimentait principalement avec des carottes, seul légume dont elle disposait en quantité suffisante. La guérison fut rapidement obtenue par l'adjonction de viande et de matières grasses au régime.

La carotènémie alimentaire a été observée à la suite d'ingestion prolongée et en quantité notable de carottes, d'oranges, etc. Le carotène se rencontre surtout, en effet, dans les carottes, oranges, courges, tomates, épinards, etc. Le déséquilibre alimentaire, l'absence de viande et de matières grasses dans le régime favorisent l'apparition de la carotènémie.

L'étiologie alimentaire ne suffit pas toujours, d'ailleurs, il est vrai, à expliquer l'intensité de la xanthochromie et il est aussi des cas où l'hypercarotènémie survient malgré un régime normal. Souvent, il faut faire jouer un rôle à une susceptibilité individuelle (insuffisance hépatique, diabète, etc.).

Dr Georges Retailleau. — **Essai sur le traitement actuel de la maladie d'Addison.** (Thèse de Paris, 1943).

La désoxycorticostérone a apporté un appoint très important dans le traitement de la maladie d'Addison. L'action de cette substance, en pareil cas, a été comparée à celle de l'insuline chez les diabétiques. Dans les états addisoniens très graves, des doses de 20 à 60 milligr. de désoxycorticostérone sont susceptibles d'amender le coma. Les doses d'entretien sont de 2 à 15 mgr. par jour et le médicament peut, parfois, être supprimé avec l'aide de NaCl.

D'autres agents thérapeutiques sont également utiles à prescrire chez l'addisonien. Ils s'inspirent des données expérimentales suivantes : chez l'animal surrénalectomisé, on constate une diminution du chlorure de sodium sanguin, une augmentation du potassium plasmatique et une altération de la gluthationémie. D'où l'indication, dans la maladie d'Addison, du chlorure de sodium (alimentation salée, 5 grammes de NaCl par jour et plus, injections de solutions salées), d'un régime pauvre en potassium (régime réalisé en faisant cuire les légumes dans trois eaux différentes, successivement), et de la cystéine (action de celle-ci sur le gluthation).

Ces traitements nouveaux améliorent notablement le pronostic immédiat de la maladie d'Addison.

Dr Paul Vigier. — **Influence de la sulfamidothérapie de la blennorragie sur l'incubation et les réactions sérologiques de la syphilis.** (Thèse de Paris, 1943).

Le Docteur Albert Vidal, de Marseille, a publié en 1940, quatre cas de syphilis à incubation prolongée dont il rattachait la cause à un traitement sulfamidé préalable. M. P. Vigier a repris la question dans le service du Docteur Fernet, à la Maison de Saint-Lazare, établissement où les conditions d'internement des prostituées permettent de telles recherches avec plus de précision.

On sait que la durée normale de l'incubation de la syphilis est habituellement de trois semaines, rarement moins, quelquefois plus (de 10 à 60 jours : Lévy-Bing et Gerbay). L'auteur rapporte une dizaine d'observations de femmes atteintes de blennorragie et hospitalisées, traitées par les sulfamides, chez lesquelles un chancre syphilitique est apparu après un délai allant de 38 à 80 jours. Il en conclut, comme M. Vidal, que les sulfamides sont susceptibles de retarder l'apparition du chancre en augmentant la période d'incubation. Les sulfamides, toutefois, ne paraissent pas avoir d'action curative sur la syphilis.

Autre particularité. Les sulfamides rendent parfois possible une réaction sérologique de la syphilis, par action aspécifique sans doute, pour une période de courte durée qui cesse une semaine environ après l'arrêt du médicament. A la suite d'un traitement sulfamidé, donc, il ne faut tenir compte que d'une séro-réaction (Wassermann, etc.) nettement positive et répéter celle-ci huit à quinze jours après la fin du traitement.

Dr G. de Goascaradec. — **La fièvre ondulante en Bretagne.** (Thèse de Paris, 1943).

Jusqu'à ces dernières années, la Bretagne passait pour être exempte de brucellose humaine, alors que la plupart des autres régions de France étaient atteintes. Actuellement, il est possible d'affirmer que la fièvre ondulante existe en Bretagne. M. de Goascaradec en relate quatre observations, la première en particulier ayant comporté une confirmation par le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermo-réaction de Burnet. La maladie est survenue dans des milieux où les avortements épizootiques chez les bovidés étaient extrêmement fréquents, et chez des personnes en contact avec ces animaux ou manipulant leur viande (bouchers). Le lait de chèvre a paru devoir être incriminé une fois.

La présence des brucelloses humaines dans les départements bretons doit retenir l'attention des autorités sanitaires vétérinaires et celle du Corps médical, plus particulièrement des praticiens de campagne.

Les précautions d'hygiène (lavage et désinfection des mains après toute manipulation dangereuse, etc.), associées à la vaccination préventive, restent à la base de la prophylaxie humaine.

Dr Ernest Albert. — **A propos de trois cas de hernies diaphragmatiques gauches de l'adulte.** (Thèse de Paris, 1943).

L'auteur conclut ainsi son travail inaugural :

La hernie diaphragmatique gauche reste la plus fréquente des anomalies du diaphragme. Qu'elle soit congénitale ou traumatique, la hernie diaphragmatique de l'adulte se présente avec une symptomatologie d'emprunt. Sa complication la plus grave et la plus fréquente est l'étranglement. Le diagnostic est difficile et, pour l'établir, l'examen radiologique est de première importance. Le traitement est essentiellement chirurgical.

P. L.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le lait actinisé

(M. LESNÉ ; 9-11-1943)

Le lait soumis aux rayons ultra-violets, le lait irradié, dit « lait actinisé », contient une quantité de vitamine D notablement supérieure à celle du lait de vache naturel. Si sa valeur antirachitique est réelle, il ne faudrait pas en déduire que sa vente libre pourrait être un moyen de prévention automatique du rachitisme. Le rachitisme n'est pas une avitaminose pure, liée à la seule carence en vitamine D. Dans sa pathogénie interviennent également d'autres conditions (habitation, insolation, etc.) et accorder une confiance aveugle à une méthode exclusive serait priver les mères de familles de conseils hygiéniques et thérapeutiques essentiels. M. Lesné estime, dans ces conditions, qu'il n'y a pas lieu, comme l'a demandé l'inventeur d'un procédé d'actinisation, d'autoriser la vente libre du lait actinisé, qui doit être considéré comme un médicament. Il sera prescrit par le médecin qui en surveillera les effets. D'autre part, le lait actinisé ne sera pas consommé cru par les nourrissons, dans les conditions actuelles d'hygiène de l'industrie laitière, car la stérilisation par les rayons U.V. est incomplète.

Hérédo-dégénération spino-cérébelleuse

(MM. Georges GUILLAIN et A. GROSSIORD ; 9-11-1943)

Les auteurs font une communication intitulée : une maladie familiale montrant la transition entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique infantile. Hérédo-dégénération spino-cérébelleuse.

Le rôle du Centre de triage et de mise en observation dans la prophylaxie anti-tuberculeuse de l'enfance

(M. L. BÉTHOUX, de Grenoble. — Présentation par M. J. RENAULT ; 9-11-1943)

M. Béthoux expose l'organisation du Centre de triage et de mise en observation créé par lui, il y a déjà plusieurs années, dans les locaux de l'œuvre grenobloise de protection de l'enfance. Il en montre le rôle dans la prophylaxie antituberculeuse infantile.

Le thallium comme raticide

(M. L. DANZEL. — Présentation par M. PERROT ; 9-11-1943)

Les sels de thallium, produits toxiques (les insectes et les rongeurs y sont spécialement sensibles) sont en phytopharmacie des moyens de destruction des rats, souris, mulots, cafards, fourmis, etc. Les poudres thalliques insecticides qui s'adressent aux cafards et aux fourmis ont une faible teneur en thallium. Les pâtes et poudres raticides sont au contraire souvent assez chargées (3 à 4 %) en sels thalleux.

Or, tous les composés du thallium sont toxiques, la dose mortelle paraissant être voisine de 0 gr. 02 par kilogr. d'animal, soit 1 gr. 20 à 1 gr. 50 pour un homme adulte et 0 gr. 50 pour un enfant. Des précautions sont donc à prendre pour éviter des accidents : inscription du thallium et de ses sels au tableau A des toxiques avec les conséquences qui s'en suivent (étiquettes *Poison*, etc.), limitation des quantités du produit raticide délivrées par unités, coloration des pâtes et poudres, utilisation de formes ne laissant qu'un contact très réduit avec les mains (boîtes à couvercles perforables), etc...

— M. Gabriel PETIT pense que si le thallium et la scille sont d'intéressants raticides — la scille, qui vient d'Algérie, fait d'ailleurs actuellement défaut — il n'est pour provoquer de véritables hécatombes de rats que les seuls virus (*Ratin* et *Danysz*), pratiquement inoffensifs pour l'homme et qui déclenchent chez ces rongeurs des épizooties mortelles.

P. L.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 12-10-1943

La sulfamidothérapie en médecine vétérinaire

MM. J. VERGE et R. VUILLAUME. — En médecine vétérinaire, la sulfamidothérapie a donné des résultats appréciables, souvent comparables à ceux obtenus en médecine humaine. Ses indications majeures sont les infections puerpérales, les septicémies des jeunes, la gourme, la maladie de Carré ; la sulfamidothérapie locale associée améliore toujours l'évolution des plaies chirurgicales ou accidentelles.

Les résultats de la sulfamidothérapie dépendent essentiellement de la façon dont cette thérapeutique est appliquée ; elle doit être *précoce*, *massive* (de 0,1 à 0 gr. 3 par kilo, suivant l'espèce) et *soutenue* pendant 4 à 6 jours au moins. Ces doses sont pratiquement sans danger. Un animal non guéri au dixième jour de traitement ne le sera plus par cette méthode.

Questions cliniques d'actualité concernant les sulfamides

M. J. CELICE expose de nouvelles méthodes d'emploi des sulfamides tant au point de vue prophylactique que curatif. Il insiste sur les injections de solutions concentrées de sulfamide thiazolique à proximité des foyers de suppuration et dans l'utérus infecté. Il rapporte des cas où cette technique, après échec d'autres traitements, a permis, sans opération mutilante, de guérir des septicémies puerpérales, des suppurations pleurales, etc.

Il attire l'attention sur le danger des poudrages intempestifs avec les sulfamides non stérilisés dans des cavités closes. Il insiste sur la nécessité de ne faire des applications locales qu'en connaissant exactement la dose employée. L'auteur note la rareté des complications rénales, qui ne sont pas toutes dues à l'action mécanique (cristallisation intra-rénale lors de l'élimination) ou à l'action toxique locale des sulfamides. Dans les observations relatées, les symptômes sont sous la dépendance d'une sensibilité ou d'une sensibilisation au produit ; ils traduisent un ébranlement du système neurovégétatif et rappellent le « phénomène de Reilly », tel qu'il a pu être reproduit expérimentalement avec les sulfamides par Durel.

Abordant la question des sulfamidorésistances, Célice montre que, pour les pneumocoques, comme pour les gonocoques et les méningocoques, le pourcentage des sulfamidorésistances dépend beaucoup de l'importance des doses initiales. Néanmoins, il faut faire la part des antisulfamides (acide para-aminobenzoïque), des races de microbes, de l'accoutumance des microbes aux médicaments, et d'un facteur individuel propre aux malades.

Passant en revue les nouveaux corps sulfamidés, non commercialisés, il indique le mode d'emploi, dans les infections intestinales, de la sulfaguanidine qui, peu résorbée dans le tractus digestif, permettant ainsi un pansement local à forte concentration, donne de bons résultats dans les diarrhées, coliques, dysentéries, colibacilloses, et reste sans action sur les infections typhoïdiques. Les dérivés succinylés et méthylés sont également efficaces.

Société des Hôpitaux libres

Séance du 3-11-1943

De l'emploi des sulfamides dans les otites moyennes aiguës

M. J. Festal. — Dans sa communication, l'auteur, partisan de l'emploi systématique des sulfamides dans toutes les otites moyennes aiguës, insiste, pour éviter les complications mastoïdiennes :

1° Sur la nécessité de donner, dès après la paracentèse, des doses de sulfamides suffisamment élevées, de 10 à 15 grammes chez l'adulte, de 3 à 5 grammes chez un enfant de cinq ans par exemple, par 24 heures.

2° D'échelonner ces quantités par doses fractionnées ;

3° De poursuivre le traitement pendant un minimum de huit jours — parfois plus — avec doses décroissantes à partir du quatrième jour, même si les signes généraux, fonctionnels et physiques se sont amendés.

L'auteur a pu constater combien le traitement sulfamidien rendait difficile l'indication opératoire d'une mastoïdite, du fait, par le traitement, de l'abâtardissement ou de la disparition des signes classiques qui permettaient jusqu'ici le diagnostic. Il pense cependant que, malgré ces difficultés, le traitement sulfamidien s'impose.

En concluant, après avoir donné quelques chiffres de sa statistique personnelle, il insiste sur la nécessité de suivre de très près les malades traités par les sulfamides et de considérer leur guérison comme acquise, même après tarissement de l'écoulement, seulement lorsque la douleur spontanée ou provoquée aura totalement disparu et lorsque l'audition sera redevenue normale.

Néphrites graves au cours de traitements sulfamidiques intensifs

M. Paul Renault rapporte deux observations de néphrites aiguës déterminées par l'ingestion de doses massives de sulfamides chez des sujets jeunes ayant une intégrité viscérale certaine. Dans les deux cas, il observa un syndrome de néphrite aiguë avec anurie, transitoire dans le premier cas, définitive et suivie d'évolution mortelle dans le deuxième cas. L'auteur rappelle qu'au début de la sulfamidothérapie, on observait des résultats favorables avec des doses quotidiennes inférieures à 8 grammes et que la posologie a été sans cesse en s'accroissant. Sans nier l'efficacité et parfois la nécessité des fortes doses, l'auteur rappelle la toxicité et le danger des doses massives et conseille une extrême prudence dans leur emploi.

Sur une classification des constitutions humaines euplasiques basée sur l'embryologie

M. Martiny, tout en reconnaissant la valeur clinique qui a présidé jusqu'ici à l'étude des constitutions humaines, fait une critique des classifications antérieures. Il propose une classification nouvelle des types euplasiques normaux en se basant sur la prédominance des tissus embryonnaires primordiaux. Et c'est ainsi que, pour l'ancienne constitution appelée par les uns lymphatique, digestive, et par d'autres bréviligne asthénique, il propose le terme d'ontoblastique ; pour la sanguine, respiratoire ou bréviligne sthénique, le terme de mésoblastique ; pour la nerveuse, cérébrale, ou longiligne asthénique, le terme d'ectoblastique ; pour la biliaire, musculaire, ou longiligne sthénique, le terme de chordoblastique. On sait que la chorde, élément organisateur de l'embryon, équilibre le développement des trois tissus, dont l'un prédominait dans les trois constitutions précédentes.

La Presse

Danger de laisser passer inaperçue une rupture utérine

Dans beaucoup de cas, les signes cliniques classiques d'une rupture utérine ne sont pas décelables et font place à des signes frustes incertains. Dans d'autres cas, l'absence complète de signes met dans l'impossibilité de poser le diagnostic de rupture. Restent les signes prémonitoires, survenant à un degré plus ou moins prononcé lors de l'évolution de l'accouchement (tension du segment, étirement des ligaments ronds, douleurs particulières à la palpation du segment inférieur), qui peuvent faire supposer l'imminence d'une rupture utérine, mais sur lesquels on ne peut pas se baser pour poser le diagnostic d'une rupture déjà établie. D'après le Professeur Keller, c'est principalement le siège de la rupture au niveau du segment inférieur (partie inactive du muscle utérin), qui voile ou empêche pour ainsi dire complètement l'installation des symptômes classiques ; dans ces conditions l'arrêt du travail, signe important, ne peut s'établir. Parfois cependant, l'expression infructueuse du placenta pourra faire supposer l'existence d'une rupture. Pour remédier efficacement à tous les dangers de pareille éventualité, la main introduite dans la cavité utérine immédiatement après l'accouchement se prêtera très bien au contrôle de l'intégrité des tissus de la filière pelvi-génitale dans les cas où le diagnostic est voilé, incertain, c'est-à-dire : après une intervention tant soit peu traumatisante ; quand l'utérus est porteur d'une cicatrice due à une intervention antérieure à l'accouchement présent ; lorsqu'une hémorragie se déclare après l'accouchement ; lors de douleurs particulières au niveau de l'utérus, d'une grande difficulté ou même d'une impossibilité d'exprimer le placenta ; si, au cours du travail, on a pu constater un signe prémonitoire de rupture ; enfin, dans les états de choc, dits obstétricaux, survenant après l'accouchement et groupant des affections très différentes. La certitude de ne pas laisser échapper une rupture utérine, non diagnostiquée, revêt une importance telle qu'elle justifie pleinement l'application d'une intervention aussi anodine. (*Rev. franç. de gynécologie*, juillet-septembre 1943).

L'immunité antitoxique naturellement acquise Son existence, son importance, son mécanisme

Pour G. Ramon, l'immunité antitoxique naturellement acquise est l'immunité que l'homme et les animaux peuvent posséder en dehors de toute immunisation artificielle, et qui est caractérisée par la présence de l'antitoxine spécifique dans leurs humeurs. Cette immunité est plus ou moins répandue selon sa nature : antidiphtérique, très générale chez l'homme, existant chez le cheval et chez le singe ; antitétanique chez les ruminants ; antistaphylococcique, universellement répandue parmi les hommes et les animaux, etc. L'immunité antitoxique naturelle puise son origine dans l'infection spécifique apparente ou occulte : étroite corrélation entre l'infection et l'immunité antitoxique naturelle, de même spécificité ; considérée dans ses diverses spécificités, celle-ci est d'autant plus répandue que le germe infectieux, qui correspond à chacune de ces spécificités, est lui-même plus répandu ; la fréquence et la valeur de cette immunité sont en fonction de la réceptivité des organismees à l'infection et du parasitisme de l'agent infectieux. (*La Presse médicale*, 16 octobre 1943).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

UNE CONVERSATION AVEC LE DOCTEUR ALEXIS CARREL

— Etudier les problèmes humains doit être une tâche passionnante parce que difficile et pleine d'imprévu. On se pose un certain nombre de problèmes dont on a aperçu l'énoncé, mais en ce monde et spécialement eu ce qui touche l'homme, rien n'est stable et d'irrévocable définition. La vie entraîne à son rythme tout à la fois le spectateur et le spectacle, les phénomènes que l'on étudie et l'esprit même dans lequel on les étudiait. L'individu comme la Société se remanient sans cesse sous la pression des circonstances et, le temps que vous arrêtez sur eux votre regard, ils ont déjà changé d'aspect.

J'imagine la Fondation comme un poste de vigilance sans cesse aux aguets.

— Surtout aux aguets d'hommes. Mon plus cruel souci c'est de lui recruter, à cette Fondation, des hommes efficients et « valables ». Il est décevant de constater combien ils sont rares. Je les cherche dans toutes les classes de la Société : partout c'est la même cohue dont rien ou presque n'émerge. Nous sommes pauvres en hommes.

— A quoi attribuez-vous cette pénurie ? Avons-nous dégénéré ? Est-ce seulement un stigmate de l'époque ? Ceux qui arrivent aujourd'hui à la maturité, donc à l'âge des pleines réalisations, ont connu neuf ans de guerre sur trente. Ce ne peut être impunément qu'on se livre à un tel gaspillage de temps et de forces.

— Les âmes et les corps sont pareillement avachis. Il faut donc que les causes soient profondes. C'est bien, du reste, cette constatation qui me chagrine : dans un moment où un immense effort attend le pays et où c'est pour lui une question de vie ou de mort, on ne lui voit que des forces défaillantes et des courages vite lassés.

Une seule clarté dans cette perspective sombre : la première enfance. Regardez dans les rues, dans les squares, jouant sur le tas de sable, les petits gosses de deux ou trois ans. Ils ne sont pas mal du tout : ils sont drus de formes, gais, alertes, audacieux ; ils ne se ménagent pas. Tous les attributs de bonne race se retrouvent en eux et l'on se dit que d'ici quelques années, ils devraient faire de beaux petits gars, aptes à jouer comme à apprendre, aptes à nous donner des *hommes.* Suivez pourtant la progression de l'âge ; cherchez de l'œil autour de ces bambins, des enfants plus âgés : une extraordinaire détérioration s'opère et en peu de temps toutes les bonnes dispositions du départ sont perdues. Vers six, huit ans, vous voyez les thorax s'enfoncer, les ventres saillir, les omoplates se décoller. Les membres sont grêles, les visages ont perdu leur air épanoui. On dirait que ces enfants n'ont plus confiance, plus confiance en la vie, comme s'ils étaient déjà chargés d'expérience !

— Vous parlez sans doute de l'enfance des grandes villes, celle que vous avez sous les yeux. Elle n'est pas notre seul atout. Restent les campagnes.

— Les campagnes ne valent pas beaucoup mieux. En beaucoup de régions l'alcoolisme dévaste l'enfance. On lui a trop longtemps laissé liberté de manœuvre en France. Il a eu le temps de s'étendre, de s'installer de s'invétérer. Nous payons aujourd'hui des dizaines d'années d'insouciance ou de compromissions. Et puis, même à la campagne, les mœurs se sont affadies ; il n'y règne plus la rude résolution et le goût d'entreprendre qui faisaient la vieille France.

Pourtant c'est là, dans la culture de l'enfance, que gît la solution du problème que nous nous posons tous avec anxiété : l'avenir de notre pays. Il n'y a pas de doute que c'est par là qu'il faut commencer. Car, on ne redresse pas des générations tordues, on n'insuffle pas l'entrain dans des poitrines incapables de se gonfler, on ne suscite pas l'enthousiasme chez des fatigués de trente ans. Ceux-là continuent leur chemin clopin-clopant, en précoces vieillards qu'ils sont. Le problème humain du moment pour la France c'est de se constituer une réserve de jeunesse vivace. *Puisqu'il est constaté que la semence est bonne, ce* sont donc les procédés de culture qui sont mauvais. Ainsi est-on conduit à incriminer l'éducation.

— Il y a deux sources d'éducation : la famille et l'école. Catéchiser les familles, cela revient à réformer les mœurs : œuvre de longue haleine, bien lente pour le but urgent qui nous préoccupe. Il est vrai que l'on peut atteindre aussi les familles par l'école : l'enfant rapporte chez lui ce qui lui a été enseigné et enseigne à son tour ses parents. C'est ainsi que des notions d'hygiène ont pénétré dans certains milieux où l'on pouvait désespérer de les voir jamais s'introduire.

— La Fondation est en rapport avec un certain nombre d'instituteurs qui s'intéressent à leur rôle social. Ils nous font part de leurs constatations, des réflexions que celles-ci leur suggèrent. En retour, nous leur proposons certaines recherches ou certains essais.

— Echanges intéressants ; le tout est de trouver, là encore, des hommes conscients de leurs responsabilités et déterminés à leur faire honneur. Mais si l'action de tels maîtres doit être fructueuse parce que conçue dans un esprit d'apostolat, elle n'est malheureusement que sporadique : 150 instituteurs qui se sont faits vos correspondants bénévoles ne représentent quand même que quelques milliers d'enfants à l'observation et au défrichement. C'est sur tous les enfants de France qu'il faudrait agir.

— Par conséquent, ce sont les programmes qu'il faut réformer.

— La réforme des programmes est une question posée en permanence dans l'Université. Il ne se passe pas cinq ou six ans sans qu'ils soient modifiés, quand ce n'est pas bouleversés de fond en comble. Pendant un court moment on a l'impression que cela va mieux. Et puis les défauts, les manques, les surcharges apparaissent. Tout est remis en question. Finalement ce sont les gosses qui font les frais de ces tentatives infructueuses. A chacune d'elles, ils se trouvent désorientés ; ils ont besoin (les maîtres aussi) d'un temps d'adaptation. Il faudrait se mettre d'accord sur l'essentiel, le réaliser une bonne fois et n'y plus toucher de sitôt. Changer incessamment de discipline, c'est presque n'en pas avoir. Que pensez-vous qui soit essentiel dans l'éducation des enfants ?

— Je souhaiterais voir dans les programmes moins d'heures assises, studieuses et qui visent à la tête des enfants. Si l'on veut obtenir des hommes, il faut admettre qu'il y a autre chose à faire qu'emplir des têtes. L'enfant a des bras et des jambes, des poumons et des organes des sens. S'en sert-il ou les laisse-t-il en jachère ? personne ne s'en inquiète et c'est souvent un hasard si l'enfant découvre l'usage et la joie qu'il peut en tirer. On a cru pourvoir à tout cela en prescrivant des heures de gymnastique et en favorisant le sport. Sport et gymnastique entraînent les muscles, développent la cage thoracique et combattent la pusillanimité des « enfants trop sages ». C'est déjà quelque chose, mais nous ne devrions pas nous en tenir là. L'éducation scolaire, si nous concevons qu'elle supplée, pour un temps du moins, aux défaillances de l'éducation familiale, est amenée à prendre en charge une formation plus totale de l'individu. Il lui incombe aussi de favoriser l'esprit d'observation, l'initiative, le goût de « se débrouiller » par soi-même et de vaincre, autant que faire se peut, les difficultés quotidiennes. Je suis arrivé récemment chez des amis à la tombée de la nuit ; leur appartement était plongé dans l'obscurité. Un plomb avait sauté et ils attendaient la venue de l'électricien qu'ils avaient fait appeler. Ils allaient jusqu'à ignorer l'emplacement des fusibles. Plutôt que de s'attaquer en personne à la panne et de se rendre la lumière en quelques minutes, ils attendaient passivement le technicien : Un homme « valable », comme disent les Américains, ne devrait pas tolérer qu'un incident aussi futile le tînt en échec.

Pour en revenir à notre sujet je concevrais que, à défaut des familles (dont ce serait le véritable office) l'école donnât aussi des lumières sur le terre-à-terre de la vie et apprît aux enfants à se servir de leurs mains.

— Il est certain que l'on découvrirait facilement dans les menus faits quotidiens une foule de petits problèmes à poser pour susciter l'observation et la recherche ; celui des plombs par exemple se rattacherait tout naturellement à une leçon sur l'électricité ; le réglage d'une horloge à balancier illustrerait la théorie du pendule.

Je crois fermement, comme vous, qu'il serait salutaire de lutter en France contre le discrédit dans lequel est tombé le travail des mains. Beaucoup de gens non seulement ne sont pas mortifiés, mais tirent une certaine vanité de ne pas savoir se servir d'un marteau. Ils considèrent que cette maladresse les « pose » et atteste leur caste élevée, tout comme il y a quelques siècles la noblesse se flattait de ne pas savoir écrire.

— En ce qui me concerne, il est indéniable que j'ai dû de gagner le prix Nobel à ce que je savais coudre.

— Admettons pourtant, mon cher Maître, qu'il y a quelque différence entre suturer bout à bout des tronçons d'artère et ravauder des chaussettes. Il n'en est pas moins vrai qu'on acquiert à d'humbles travaux une dextérité qui sera profitable en d'autres entreprises.

On est surpris de constater que le mépris du travail manuel nous vient des anciens qui n'avaient cependant pas, eux, l'adjuvant de la machinerie. Ainsi que me le faisait remarquer un de mes amis, le mot « professions libérales » vient du latin : *liber*, homme libre. Le travail des mains était travail d'esclaves. Et c'est probablement le même préjugé qui a longtemps pesé sur les chirurgiens et pourquoi les médecins les traitaient de haut.

— C'est là un préjugé que je souhaite voir expulser de l'école. Il serait bon de faire foisonner en France les « bricoleurs », ces amateurs qui, sous l'empire de la nécessité, acquièrent toutes sortes de notions pratiques et savent les mettre en œuvre, qu'il s'agisse de fabriquer un meuble de cuisine ou de réparer une serrure.

Pour les filles, je voudrais un enseignement ménager sommaire et quelque peu de puériculture. Une jeune fille doit savoir, au lendemain de son mariage, prendre en mains avec compétence la direction du logis. Il n'est pas question de refuser aux filles l'enseignement littéraire et scientifique qui leur fut ouvert ces dernières années. Que l'on fasse d'elles si l'on veut, du moins de quelques-unes d'entre elles, des savantes. Mais pas avant d'avoir assuré l'essentiel. Or l'essentiel de l'éducation, pour n'importe quel individu, n'est-ce pas de le préparer au rôle pour lequel l'appellent sa constitution biologique et les nécessités sociales ? Une femme est naturellement destinée à devenir une épouse et une mère. C'est donc à en assumer les charges pleinement et sans défaillance que l'éducation doit la former d'abord. Le reste viendra par surcroît si la jeune fille en a le goût et les possibilités.

Je suis un biologiste, non un sociologue, et, de ce fait, entraîné, même hors de la biologie, à chercher l'expérimentation capable de vérifier mes idées. Je rêve d'une expérience qui serait à la fois de biologie, de sociologie et d'éthique. Elle serait de longue haleine et infiniment délicate, mais combien passionnante et fructueuse.

Il s'agirait de prendre cinq, huit, dix bébés abandonnés de l'Assistance publique, en les choisissant sains, bien conformés et, à vues humaines, destinés à devenir de beaux enfants moyens. Ils seraient alimentés, élevés, instruits, éduqués selon des règles précises, sous une surveillance dont la vigilance curieuse n'exclurait pas une affection de caractère maternel. Et on les regarderait pousser, en retouchant à mesure les méthodes selon les résultats obtenus.

C'est une matière fragile et à laquelle on ose à peine toucher que la chair et l'esprit d'un enfant. Bien des facteurs, ne serait-ce que l'ancestralité, demeureraient hors de portée et apporteraient leur touche individuelle aux réactions obtenues. Mais n'est-ce pas là la « valeur variable » impossible à éliminer de toute expérimentation sur la matière vivante et avec laquelle le biologiste doit toujours compter ?

En l'espace de dix ou quinze ans, on aurait néanmoins débroussaillé tout un canton de la science de l'homme qui a, jusqu'à présent, procédé de l'abstrait au concret. Même si une telle entreprise ne dégageait, au bout du compte, que quelques idées précises, il aurait néanmoins valu la peine, je crois, de l'entreprendre.

Car si l'on est d'accord pour admettre qu'il faut une main légère et une conscience scrupuleuse pour toucher à l'enfance et à tout ce qui la concerne, n'est-il pas surprenant de voir les réformateurs de programmes innover ou abroger avec tant de désinvolture ?

Je me méfie des idées générales.

— Cependant votre livre ? qui est universellement considéré comme une philosophie de la biologie.

— N'y voyez que la pensée d'un homme qui a fait attention à ne jamais quitter du pied le sol ferme des faits contrôlés. A la découverte de cet inconnu qu'est l'homme, il n'est permis de se mettre en route qu'en multipliant les repères et les alignements.

— Vous avez dû couvrir du chemin, mon cher Maître, depuis votre première exploration. Des millions de curieux attendent avec impatience que vous repreniez le récit de votre voyage.

G. Lavalée

LES CONVENTIONS COLLECTIVES EN MATIÈRE D'ASSURANCES SOCIALES

Ne confondons pas honoraires et tarifs

Nous avons récemment donné un aperçu sommaire de l'accord intervenu dans le Finistère entre l'Ordre et les Caisses d'assurances sociales. Les problèmes posés par cet accord méritent qu'on y revienne et qu'on s'y attarde quelque peu. Ils concernent en effet l'essentiel des rapports collectifs Corps médical-Caisses et des rapports privés médecins-clients. Il importe qu'une solution intervienne en ce domaine à laquelle chacun puisse consentir, non comme à une transaction, mais avec la certitude qu'elle respecte ses intérêts propres tout en assurant le bien des assurés et de la santé publique.

Cette solution ne peut se concrétiser que sous la forme d'une convention collective Ordre-Caisse. C'est ici le lieu de rappeler que ce n'est point au principe même de la convention que nous en avons, lorsque nous élevons nos critiques, mais à leur contenu, à l'esprit défiant et hostile qui anime souvent les deux contractants, en bref à un défaut de consentement véritable, à un manque absolu d'accord au sens étymologique du mot. Le tout se traduit dans les faits par une convention conclue sous la menace et par une adhésion réticente de la part des médecins praticiens, c'est-à-dire par un échec sous l'angle social.

Il faudrait à notre sens, commencer par poser un principe liminaire qui contribuerait fortement à éclaircir la situation. *Les Caisses et l'Ordre ne sont pas libres de s'ignorer* et de refuser de contracter si l'un d'eux en formule la demande. Il importe d'en finir avec l'éternelle menace, dont certaines Caisses abusent, de rompre les relations et de prendre en charge la distribution des soins en nature à leurs ressortissants. Les Caisses, comme l'Ordre, sont peut-être juridiquement des organismes privés, ils n'en sont pas moins chargés tous deux d'un service public qu'ils ne peuvent mener totalement à bonne fin l'un sans l'autre. Le bien commun, la santé publique, exigent qu'ils s'entendent et qu'ils collaborent. Cette constatation de bon sens devrait prendre la valeur d'une règle de droit et s'inscrire dans la loi sur les Assurances sociales, qui pourrait prendre exemple sur les principes établis de notre moderne droit du travail : sur la demande d'une des futures parties, l'on *doit se réunir* en commission de conciliation, et l'on sait qu'il faut aboutir. A défaut d'accord et de convention un *arbitrage* des autorités publiques en tiendrait lieu.

Formes des conventions

Mais il importe ici de bien distinguer la convention collective du simple accord intervenu entre deux personnes privées.

Si le Conseil départemental de l'Ordre se borne comme il le fait trop souvent, à signer un accord, la portée de son geste est très limitée : il est seul engagé à l'égard de la Caisse. Les conventions collectives ont, au contraire, la précieuse propriété d'étendre leurs effets non pas seulement aux collectivités signataires, mais encore et surtout à ceux qui en dépendent, c'est-à-dire aux médecins.

Cette propriété, par trop singulière et exorbitante, du droit commun, ne peut prendre naissance que dans le *respect de certaines formes* trop souvent méconnues et dont il importe de rappeler l'existence. Il faut tout d'abord que la convention respecte les dispositions obligatoires et facultatives de la convention-type établie par le ministre du Travail (art. 8 du R. A. P. du 11 juillet 1939). Il faut en second lieu que les clauses dérogeant aux dispositions facultatives aient été approuvées par la Commission régionale tripartite (art. 9 du R. A. P.). Enfin, l'ensemble de la Convention doit avoir été homologué par ladite Commission (art. 8, § 4 du décret-loi du 28 octobre 1935).

Il est à peine besoin de dire que la convention-type publiée au *Journal officiel* du 8 août 1930 est à l'heure actuelle singulièrement dépassée, puisque celle-ci se borne à prévoir en matière de tarifs leur communication réciproque et l'usage d'une commune nomenclature. Il serait donc souhaitable que le Conseil National se mît en rapport avec le Travail en vue de mettre sur pied un nouveau type de convention, mieux en rapport avec les données actuelles. De toute manière, il serait opportun qu'il exerçât provisoirement un contrôle sur l'activité des Conseils départementaux en ce domaine, ainsi qu'au reste l'y invite la loi du 10 septembre 1942.

Enfin, il faudrait redonner vie et activité à ces précieuses *Commissions régionales tripartites*, qui pourraient être les creusets où thèse et antithèse viendraient se fondre en vue d'assurer dans la légalité et le respect des droits de chacun, les rapports collectifs Ordre-Caisse.

Effets des conventions

Quels sont maintenant les *effets exacts des conventions collectives* ?

Il nous faut tout d'abord dire un mot de ce que nous appellerons les *pseudo-conventions*, c'est-à-dire de celles qui n'ont point été conclues dans les formes légales et réglementaires. Ne régissant que les deux parties signataires, elles ne sont opposables ni aux médecins, ni aux assurés. Elles apparaissent somme toute comme des accords de bonne foi, et le Conseil s'engage à en recommander l'observation à ses membres sous sa responsabilité. Quant aux médecins, ils peuvent *dans chaque cas particulier* y adhérer ou non. Encore ne sont-ils pas obligés d'ailleurs à la totalité de la convention (et encore moins d'y adhérer ou de refuser d'y adhérer une fois pour toutes). Il leur est loisible (et c'est même pour eux un devoir) de ne point observer les clauses illégales ou contraires à la déontologie écrite. Ainsi en irait-il de celles instituant avant la lettre des listes de spécialistes ou de consultants, imposant un tarif limitatif d'honoraires au mépris de l'art. 21 de l'actuel Code de déontologie, ou confiant à la Caisse le contrôle technique et notamment le contrôle des honoraires contrairement à l'art. 16, § 1er du R. A. P.

Dans tous ces cas, le médecin qui a observé l'ensemble des autres clauses donne cependant ouverture aux prestations à tarif élevé prévu par la convention. Une clause nulle ne vicie pas l'ensemble. Elle seule doit être tenue pour non avenue.

Voyons maintenant les *effets des conventions collectives soumises régulièrement pour homologation aux Commissions tripartites* ? Ces effets sont précisés par l'art. 10 du R. A. P. Pour les étendre, il nous faut distinguer trois catégories de cas :

1° Le médecin *refuse* de collaborer au service public des Assurances sociales et considère son malade assuré comme un malade ordinaire. Le contrat de droit commun ainsi conclu reste valable, la loi sur les Assurances sociales ne contenant, à l'inverse de celle sur les accidents du travail, aucune disposition annulant toutes conventions contraires.

2° Le médecin *accepte* de considérer son malade comme assuré, — mais *refuse d'adhérer* à la conven-

tion —. Ce refus qui, marquons-le, est particulier à chaque cas et non général et absolu, est lui aussi, parfaitement licite. Il faut et il suffit que le médecin s'abstienne de signer les feuilles de maladie et délivre à l'assuré un reçu indiquant la nature, la quantité et la date des soins administrés (art. 10, § 2). Muni de ce reçu, l'assuré recevra de sa Caisse les prestations calculées selon un tarif forfaitaire, qui ne saurait être inférieur au tarif de réassurance établi par l'arrêté du 7 octobre 1938, devenu tarif minimum depuis la loi du 29 mai 1941, ou aux tarifs minima qui seront établis dans l'avenir par arrêtés interministériels dans chaque région en application de la loi précitée. Nous insistons sur le fait qu'un médecin ne saurait être rangé une fois pour toutes dans la catégorie des médecins refusant d'adhérer à une convention, et que les Caisses ne sauraient valablement établir ou publier de telles listes. Au cas où, suivant certaines menaces, elles se croiraient autorisées à passer outre et à ouvrir ainsi les hostilités, elles s'exposeraient à se voir poursuivies en dommages-intérêts pour faute et préjudice indûment causé aux médecins figurant sur la liste.

3° Le médecin *signe la feuille de maladie*. C'est là fort heureusement le cas le plus fréquent. Il est alors considéré *ipso facto* comme ayant adhéré aux clauses de la convention (art. 10, § 1). Précisons ce que cela veut dire. La convention collective n'a point le caractère institutionnel d'une règle légale ; ses dispositions ne s'imposent pas dans les rapports privés qui lient le médecin à son client. Il pourrait donc valablement déroger aux clauses conventionnelles, et notamment à celles relatives au tarif. Ce faisant, il commettrait cependant une faute *déontologique* dont il devrait répondre devant le contrôle technique, lequel est réglementairement exercé par le *Conseil départemental* de l'Ordre et par lui seul. Ledit Conseil serait en droit (et même en devoir) de le déférer à la juridiction professionnelle du Conseil régional. Mais c'est bien entendu à l'Ordre et à lui seul que le médecin doit des comptes ; il n'a pas à en rendre à la Caisse. En bref, il n'est lié par la convention collective *que sur le plan déontologique et n'est responsable que devant ses pairs.*

Les tarifs communs Ordre-Caisse

Le mécanisme des conventions collectives ainsi précisé, il importe maintenant d'en rechercher le contenu et l'objet. Les clauses principales sont évidemment celles relatives aux tarifs. Le but légitimement recherché par les Caisses est de réduire à la seule participation obligatoire de 20 % la charge effective des assurés sociaux. Dans la période de paupérisme que nous traversons, alors que l'état sanitaire est plus chancelant que jamais, il est d'une évidente nécessité publique que ce but soit atteint. Le moyen direct et évident est de faire coïncider tarifs d'honoraires et tarifs de responsabilité, c'est-à-dire de fixer un *tarif commun* Ordre-Caisse. Si l'on veut éviter de dévaluer la médecine sociale et d'en détourner l'ensemble du Corps médical, il faut que ce tarif commun soit et reste égal au *tarif corporatif habituel*. C'est d'ailleurs ce qu'ont déjà compris bon nombre de Caisses, qui reconnaissent aujourd'hui la vanité des réserves qu'elles s'efforcèrent jusqu'à maintenant de constituer et qui régulièrement ont servi à toute autre chose que le bien des assurés. Les discussions survenues à ce sujet au cours de la dernière Conférence nationale des Unions de Caisses furent à cet égard très significatives.

Mais les Caisses ont une autre ambition à laquelle elles consacrent une patiente ténacité que l'on voudrait voir utilisée à de meilleures fins : elles veulent instituer un *tarif limitatif opposable* aux médecins, garantissant la coïncidence absolue et générale entre les débours et les prestations.

Nous n'invoquerons pas une fois de plus le défaut d'harmonie entre ces conceptions arithmétiques et la médecine, art autant que science, requérant par cela même une marge irréductible de liberté. Mais nous voudrions démontrer aux Caisses que leur revendication est, à leur point de vue même, dénuée d'intérêt. Ce qui importe aux Caisses, c'est d'obtenir un résultat social, par suite global, statistique : elles veulent être sûres que *dans le cas le plus fréquent*, les honoraires seront égaux au tarif corporatif moyen, ce qui est proprement la définition de ce tarif. Mais une moyenne suppose des écarts. Quelle importance sociale peut bien avoir une *frange d'entente directe* autour d'un niveau de prix conventionnellement déterminé, une possibilité de variation des honoraires autour d'un thème connu, qui se trouve être le tarif ? Pourquoi alors s'opposer à ce qui est indifférent sous l'angle collectif, mais importe beaucoup sous l'angle individuel ?

Voyons bien d'autre part que toute convention instaurant un tarif limitatif opposable est sur ce point à peu près *inopérante*. Le médecin adhérant à la convention qui viole cette clause ne se rend, avons-nous dit, coupable que d'une faute déontologique. Mais il se rendrait coupable d'une faute bien plus grave encore en ne respectant pas l'art. 21 du Code de déontologie qui lui enjoint de proportionner ses honoraires à ses titres, sa notoriété, aux ressources réelles de son client et à l'importance du service rendu. Déféré devant un Conseil régional, il aura à se justifier non point de l'infraction à la convention, mais uniquement de l'infraction à cette règle coutumière qu'a codifiée l'art. 21 précité.

Il faut donc, une fois pour toute, abandonner l'idée de déterminer avec une absolue rigueur ce qui doit être par essence indéterminé et de vouloir confondre partout et pour tous honoraires et tarifs. S'il y a des abus, les juridictions de l'Ordre ont justement pour rôle de les réprimer. Les Caisses leur doivent autant de confiance que le législateur qui les a créées. Il importe seulement que les faits viennent établir que cette confiance est méritée.

La révision des tarifs

Nous voyons fort bien ce qui conduit les Caisses à vouloir limiter les honoraires. Elles craignent que leur mobilité dans la hausse soit plus rapide que celle des tarifs de responsabilité. Mais il faut voir la question sous son vrai jour : c'est le niveau du tarif corporatif habituel et non le quantum des honoraires qu'il importe de contrôler.

Le problème se pose ainsi : étant donné le principe du tarif commun Ordre-Caisse, dans quelles conditions pourra varier le tarif corporatif habituel, sans qu'il cesse d'être le tarif de responsabilité de la Caisse ? Remarquons que si l'on veut que le tarif corporatif continue à mériter son nom, il est nécessaire qu'il ne soit point lié de manière indissociable au tarif de responsabilité. Sinon il deviendrait, malgré son nom, un nouveau tarif de médecine sociale, c'est-à-dire un nouveau tarif de rabais. D'un autre côté, les Caisses ne peuvent s'en remettre purement et simplement aux décisions unilatérales de l'Ordre.

Nous proposons, pour en sortir, l'une des trois solutions suivantes :

a) la plus simple serait de rendre automatique et par suite indépendante de la volonté de chacun des contractants la variation du tarif commun, en prenant pour base un indice établi par un organisme extérieur. Il faut reconnaître que ces indices sont actuellement assez difficiles à trouver.

b) Une solution idéale serait en second lieu que les


E. MERCK DARMSTADT

variations projetées par l'Ordre soient acceptées par les Caisses. Autrement dit, l'Ordre se réserverait dans la Convention le droit de modifier son tarif sous réserve d'un préavis de plusieurs mois, étant entendu que la prolongation de la Convention dépendrait d'un nouvel accord Ordre-Caisse, ou à défaut d'un arbitrage, l'arbitre pouvant être désigné à l'avance dans la Convention.

c) A notre avis, la solution la plus conforme à l'indépendance corporative consisterait à laisser au Conseil départemental le soin de modifier unilatéralement son tarif. Toutefois, cette modification ne serait valable qu'après homologation par le Conseil National, dont la décision serait elle-même soumise au contrôle du secrétaire d'Etat à la Santé (contrôle au reste prévu par la loi du 10 septembre) statuant en accord avec son collègue du Travail.

* * *

Si le contenu des conventions collectives, tout en permettant d'atteindre le but social que se proposent justement les Caisses, respecte les rapports personnels entre médecins et clients, il semblerait que rien n'interdirait, que tout même rendrait désirable la généralisation de ces Conventions. Nous entendons par là que leur conclusion devrait être un droit pour chaque partie, que la signature du Conseil entraînerait *ipso facto* l'adhésion des membres du Collège, et que leurs stipulations (une fois leur légalité contrôlée) prendraient un véritable caractère d'ordre public. Autrement dit nous pourrions passer de l'ère conventionnelle à l'ère institutionnelle en faisant l'économie d'une intervention directe des pouvoirs publics. Ce serait là pour le service public des Assurances sociales un très sérieux progrès. Ainsi serait faite la preuve que la médecine peut devenir sociale sans cesser d'être personnelle.

Jean MIGNON.

L'ENSEIGNEMENT DE LA SPÉCIALITÉ EN ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE,
ancien professeur de l'Université de Montréal

et le Docteur DELHERM,
Président de l'Association nationale
des médecins électro-radiologistes

Médecins électro-radiologistes honoraires
des Hôpitaux de Paris

Si l'on discute beaucoup pour définir quels sont les médecins qui auront le droit de se qualifier « spécialistes », il en est par contre pour lesquels la question ne saurait être posée.

C'est le cas des électro-radiologistes : ils appartiennent en effet indiscutablement à une catégorie spéciale, car une longue éducation particulière leur est indispensable. Non seulement ils ont besoin de connaître comme le praticien la médecine générale, mais ils doivent encore approfondir la spécialité en ce qui concerne le cœur, le poumon, le tube digestif, la neurologie, la dermatologie, les voies urinaires, la gynécologie, etc... Ils doivent savoir la physiologie, ne pas ignorer l'anatomie pathologique (par exemple pour conduire le traitement d'une tumeur). De plus, il leur faut posséder la physique, afin de comprendre ce qu'ils font ; et être parfaitement au courant du fonctionnement d'un matériel très compliqué. Ajoutons que les applications auxquelles ils se livrent peuvent être dangereuses : le « Sou médical » a dernièrement augmenté les primes pour l'Assurance contre les risques de l'Electro-radiologie parce que les procès à la suite d'accidents étaient très notablement plus fréquents que dans toute autre branche de la médecine.

Pour que les omni-praticiens soient certains de la compétence de celui auquel ils adressent leurs clients, il faut que l'expérience de qui manie rayons et courants, soit sanctionnée par des études spéciales et par un titre officiel.

Le Conseil National de l'Ordre va étudier la « qualification » des spécialistes et les électro-radiologues figurent sur la liste des spécialistes à qualifier. Nous pensons que la qualification sera bientôt un fait acquis. L'Ordre désignera ensuite ceux qui auront droit au titre de « qualifiés » sur la liste qui lui a été présentée par l'Association Nationale des médecins électro-radiologistes.

Cette liste a été établie dans un bon esprit de compréhension des situations acquises ; on peut donc dès à présent opposer un barrage contre ceux qui, au gré de leur fantaisie, s'intitulent un beau matin spécialistes pour le plus grand dommage des malades et du bon renom de l'électro-radiologie.

Mais il faut aussi prévoir l'avenir. Désormais, un diplôme sanctionnant des études sérieuses doit être exigé de tout médecin ayant l'intention de pratiquer l'électro-radiologie ; l'*enseignement* devient donc une question d'extrême urgence. Il faut dire pourtant que cet enseignement *existe déjà (depuis longtemps* pour certaines Facultés) à Paris et à Bordeaux, puis à Lyon, à Montpellier, à Toulouse. Il comporte comme sanction un certificat et un diplôme. Il y a donc lieu seulement de renforcer, de compléter, de coordonner et d'unifier ce qui existe actuellement.

Examinons maintenant comment, d'après l'Association nationale des médecins électro-radiologistes devrait être conçue l'initiation des jeunes à l'électro-radiologie.

Et l'abord, l'enseignement doit avoir à sa tête un Professeur titulaire ayant les mêmes prérogatives que les autres Professeurs. Certes, la Commission de réforme des Etudes médicales est sur ce point de notre avis ; mais elle préconise un « Professeur de radio-diagnostic et de radiothérapie » et, à ce point de vue, nous sommes en plein désaccord avec elle sur deux points capitaux.

D'abord, la chaire envisagée serait dans la « section mixte », c'est-à-dire parmi celles s'occupant surtout de recherches scientifiques et de travaux de laboratoire, mais d'où les malades sont absents. Nous estimons par contre que notre enseignement doit être par-dessus tout et presque essentiellement clinique. L'électro-radiologiste, nous ne le méconnaissons pas, doit bien connaître la théorie, mais en pratique, il sera surtout en contact avec le malade, il lui faut donc s'exercer non sur des appareils ou sur un tableau noir, mais sur des patients. Nous demandons donc avec insistance que le Professeur collabore étroitement avec les cliniciens à Paris, par exemple, avec les électro-radiologistes des hôpitaux. On devrait, d'une manière générale, s'inspirer de ce qui existe actuellement à Bordeaux et qui a été créé par le regretté Professeur Bergonié.

D'autre part, l'appellation proposée par la Commission semble vouloir limiter l'enseignement aux rayons X. C'est tout à fait insuffisant. Ce serait une grosse erreur de laisser de côté la Curiethérapie, l'Electrothérapie, l'Electro-diagnostic, la Physiothérapie (infra-rouges, ultra-violets, etc...). C'est pourquoi l'Association Nationale des médecins électro-radiologistes a demandé que la Chaire porte le nom de « Chaire d'électro-radiologie ». Certes, une pareille chaire peut paraître une bien lourde charge pour un seul homme, mais nous répondrons que les

« chargés de cours » du projet de la Commission (en l'espèce à Paris, les électro-radiologistes des hôpitaux) feront l'enseignement des matières que le Professeur ne pourra traiter lui-même. C'est d'ailleurs ainsi que les choses se passent pour bon nombre d'autres chaires.

L'Association Nationale des médecins électro-radiologistes (qui comprend 700 membres) a étudié très en détail cette question de l'enseignement et elle a présenté un projet à la Commission de Réforme des Etudes médicales en novembre 1942. Les grandes lignes en sont les suivantes ; elles peuvent, bien entendu, être sujettes au besoin à quelques modifications.

a) Un an de radio-diagnostic : enseignement théorique à la Faculté ; stages de radiodiagnostic dans les Services centraux des hôpitaux suivis de stages ultérieurs en cardiologie, en appareil digestif, en urologie, en gynécologie, en pédiatrie.

b) Un an de Rœntgen-Curiethérapie : enseignement théorique à la Faculté, enseignement pratique dans un Centre anti-cancéreux et dans un Service central de radiothérapie générale d'un hôpital, suivi de stages hospitaliers en dermatologie, en anatomie pathologique, en neurologie, etc...

c) Un an d'électro-physiothérapie : enseignement théorique par le Professeur ; enseignement pratique dans un Service central d'électro-physiothérapie, suivi de stages en dermatologie, en neurologie, en gynécologie, etc.

Pourquoi ces stages en spécialités ?

C'est qu'il ne faut pas oublier que les applications à la médecine des divers agents physiques nécessitent non seulement une bonne connaissance clinique et théorique des différents cas suscepibles d'être examinés ou traités ; mais de plus, une expérience approfondie des techniques qui peuvent, comme cela est le cas pour le radio-diagnostic, l'électro-diagnostic, pour la gynécologie, la dermatologie être très minutieuses et demander un doigté que seule une pratique assidue peut donner. *Il n'est pas inutile de rappeler une fois de plus que nous désirons que le spécialiste soit avant tout un clinicien*, capable de discuter un cas avec ses confrères, et d'intégrer *les examens et les traitements physiques à la place qui leur est due en diagnostic* et dans le cadre des autres thérapeutiques.

Chacune de ces années d'études se terminera par un examen pour l'obtention du certificat de la spécialité considérée. En principe, chaque examen comportera une épreuve pratique, un interrogatoire oral, et une épreuve clinique. Ces trois certificats seront indispensables pour obtenir le diplôme d'électro-radiologiste, diplôme qui sera délivré après présentation et discussion d'un travail original et après un examen sérieux.

Le diplôme seul permettra d'être qualifié « électro-radiologiste » et d'exercer la totalité de la spécialité.

Les certificats isolés ne donnent pas droit à la qualification, mais ils auront les avantages suivants : celui de radio-diagnostic permettra aux médecins de pratiquer le radio-diagnostic, uniquement, dans leur propre clientèle, ou dans leur propre spécialité ; il en sera de même respectivement pour ceux de Rœntgen-Curiethérapie et d'Electro-physiothérapie.

Nous pensons que ce projet d'enseignement qui peut du reste être modifié, est capable de créer des spécialistes dignes de ce nom pour le plus grand bien des malades, pour le plus grand avantage de l'Etat et des collectivités. Il ne faut pas, en effet, oublier l'importance de plus en plus grande de l'électro-radiologie dans les soins des assurés sociaux, des blessés de guerre, des accidentés du travail et aussi dans le dépistage de la tuberculose à l'école, dans les usines et les bureaux.

Il convient enfin que l'enseignement donné aux spécialistes soit complété par : *a*) un *enseignement de perfectionnement* mettant chaque année, en une semaine par exemple, au point, une question d'actualité, en faisant connaître en détail un procédé nouveau ;

b) un *enseignement obligatoire pour les étudiants se destinant à être omni-praticiens*, qui est indispensable. Il faut que tous les praticiens possèdent des notions rudimentaires leur permettant de diriger leurs clients et de comprendre ce que leur dit le spécialiste consulté. Nous verrions très bien un enseignement théorique de 15 à 20 leçons (analogue à celui inauguré par l'un de nous à Montréal) et un stage de quatre semaines dans un service d'électro-radiologie, le tout sanctionné par un examen.

AUTOUR DE LA PRÉCONCILIATION

Par le Docteur R. JODIN

Mars remet en vedette les questions fiscales, les déclarations et leurs tristes conséquences.

Des incidents survenus en province nous ont valu les doléances de confrères très lourdement taxés et dans des conditions qui méritent réflexion.

Que des agents du fisc aient rempli, avec un zèle peut-être excessif, leur rôle de mécaniciens de la « pompe à phynance », rien que de très normal.

Que des médecins, par une conception inexacte de leur rôle, leur aient fourni des armes, c'est regrettable ; qu'ils l'aient fait par légèreté, cela semble difficilement excusable.

Avant de pousser plus loin, nous devons poser un principe général, valable là comme ailleurs : « Nul n'est tenu d'accepter une fonction qu'il ne pourra pas remplir ; la charge une fois acceptée doit être remplie avec la dernière rigueur ». Dans le cas présent, les responsabilités mises en cause sont considérables ; elles intéressent :

a) l'ordre public : les intérêts de l'Etat doivent être sauvegardés.

b) l'ordre corporatif : l'intérêt moral de la profession exige le bon fonctionnement des juridictions professionnelles.

c) l'ordre privé : les intérêts matériels du confrère mis en cause doivent être défendus dans toute la mesure du possible.

Or, dans un des cas qui nous ont été rapportés, il apparaît qu'un certain préconciliateur a procédé de façon non personnelle à l'enquête qui s'imposait : enquête qui devait en premier lieu porter sur la situation réelle du confrère mis en cause, en recettes comme en dépenses. Il semble élémentaire de dire que seul le confrère pouvait apporter certains éclaircissements capitaux ; rien n'empêchait de les recouper par d'autres données.

Se basant sur le dossier transmis par l'Administration et sur de superficielles impressions personnelles, il n'a pas cru devoir questionner ni convoquer le confrère mis en cause ; il a simplement entériné les propositions de l'Administration, leur donnant ainsi l'apostille du Corps médical : la suite de la procédure est mise sous de très fâcheux auspices, puisque les défenseurs naturels de l'accusé font chorus avec l'accusation.

Dans un autre cas, le préconciliateur n'ayant pas su faire taire des rancunes personnelles a laissé taxer un chirurgien de son ressort sur une base trois fois plus forte que les chirurgiens concurrents jouissant d'une situation rigoureusement analogue. Il importe qu'il ait une haute idée de son rôle d'arbitre.

Par quel mécanisme le préconciliateur entre-t-il en scène ?

Le régime du forfait ayant été choisi par le contribuable, le contrôleur peut ne pas admettre le chiffre de recettes déclaré, il a recours au représentant de l'Ordre délégué à la fixation du forfait. Ce délégué a toute latitude pour se renseigner auprès du confrère mis en cause ; il est souhaitable qu'il le fasse aussi souvent et aussi largement que possible ; c'est la seule façon d'être éclairé sur certaines situations particulières, étranges au premier abord, et souvent inattendues parce que déterminées par des données d'ordre privé et même intime. L'avis du délégué au forfait, tout en étant très souvent suivi, n'engage pas le contrôleur.

Si l'accord n'intervient pas entre les deux parties, au régime du forfait se substitue le régime du bénéfice réel : le revenu net imposable est égal à la différence entre le total des recettes et le montant des frais professionnels. En cas de contestation dans l'établissement de ce chiffre, le contrôleur établit lui-même une base d'imposition notifiée au médecin. Celui-ci, dans un délai de vingt jours, peut s'adresser au représentant de l'Ordre des médecins, — le préconciliateur — pour lui soumettre le litige et provoquer son intervention auprès du Contrôleur. L'Administration de son côté peut aussi saisir le préconciliateur en cas de conflit. La loi du 24 décembre 1942, publiée au *Journal officiel* du 6 janvier 1943, reconnaît l'existence de ce rouage, officieusement admis avant 1940 et omis dans la loi du 13 janvier 1941.

Une fois saisi, le préconciliateur doit entrer en contact direct avec le confrère, examiner avec lui toutes les pièces du dossier ou hors dossier (nous verrons plus loin que le secret professionnel lui permet de consulter le carnet de visites, les fiches, etc.). Son avis sera transmis au Contrôleur, et éventuellement à la Commission des impôts directs.

Ce dernier organisme est composé de cinq fonctionnaires, dont le président, et de quatre médecins. Il exprime son opinion par un vote. Le confrère contribuable y est forcément en mauvaise posture ; de récentes et fâcheuses expériences tendent à le prouver. Il importe que, par une désinvolture inexcusable, le confrère préconciliateur n'apporte pas à l'accusation des arguments ou des justifications injustes.

Par contre, le préconciliateur n'est pas un avocat d'office commis par une administration tutélaire. Il ne doit pas, comme certains semblent le croire, se débrouiller par lui-même pour faire détaxer le médecin rétif devant l'appétit du fisc. Le préconciliateur est un praticien comme les autres, très absorbé par sa tâche professionnelle et les soucis de la clientèle. Ce n'est pas un défenseur ayant reçu de substantielles provisions. Ce n'est pas un agent d'affaires ou un technicien de contentieux, ancien fonctionnaire passé à l'ennemi, appâté par une alléchante Commission. Il faut lui apporter une cause défendable et les moyens de la défendre.

Quels sont les moyens de défense ? Le Docteur Tissier-Guy, dont la compétence en la matière est considérable autant qu'indiscutée, et qui a bien voulu nous éclairer dans notre enquête, est formel sur ce point : seul le livre-journal bien tenu est une arme valable. Notre éminent confrère recommande l'emploi d'un simple cahier d'écolier sur chaque ligne duquel figureront la date, le montant et le mode de règlement de chaque somme encaissée. Au besoin, une mention conventionnelle et secrète permettra au praticien d'identifier le client auteur du versement. Il est déconseillé de faire figurer le compte des dépenses sur ce cahier. Ce compte sera tenu sur un registre spécial.

Un livre-journal mal tenu sera repoussé par l'Administration en cas de contestation. Il gardera malgré tout, une valeur de renseignement pour le préconciliateur qui aura la ressource de le recouper avec le carnet de visites quotidien et pourra ainsi apprécier la sincérité du déclarant. Il semble bien que des documents médicaux, carnet de visites, fiches, etc., puissent être utilisés dans cette conversation entre deux médecins liés par le secret professionnel, et dont l'un d'entre eux est habilité par l'Ordre régional pour assurer la défense de ses ressortissants.

On voit donc que la préconciliation est la dernière ressource avant la redoutable Commission des impôts directs. Si le malheur veut que le contribuable y soit amené par un sort néfaste, qu'au moins il ne s'y présente pas les poings liés par le représentant du Corps médical.

La solution la meilleure est évidemment celle qui évitera toutes ces embûches. Au cours de notre enquête, nos éminents interlocuteurs nous ont souligné l'intérêt qu'il y avait à produire une déclaration sincère, cela va de soi, mais aussi équilibrée. Dans une déclaration idéale, le chiffre des recettes devra correspondre au chiffre moyen de déclaration des médecins de même catégorie, dans la même région.

Le chiffre des dépenses professionnelles, pour être plausible, devra évoluer entre 30 et 45 % des recettes, suivant les cas et les conditions particulières d'exercice.

La différence, sauf revenus personnels exceptionnels, devra pouvoir couvrir les dépenses du train de maison et de constitution d'une retraite pour les vieux jours.

Il semble bien que s'il ne relève pas de contradiction par trop flagrante, ou de déséquilibre par trop inexplicable, le contrôleur sera peu tenté d'utiliser à fond son pouvoir de taxation discrétionnaire à peu près absolu. Car ils semblent se raréfier les fonctionnaires qui se faisaient de fâcheuses illusions sur la prospérité médicale, qui confondaient trop aisément chiffre de recettes et bénéfice net ou acte médical et recette assurée, alors que la race des mauvais payeurs n'est pas éteinte, que le maquis de la procédure est toujours aussi touffu et que la responsabilité médicale est bien volontiers mise en cause dans le prétoire.

ÉCHOS & COMMENTAIRES *(Suite)*

Aux conférences de médecine sociale du Professeur Fiessinger, nous avons entendu le dimanche 5 février, une causerie de haute tenue scientifique du Docteur Barthe sur les maladies professionnelles et la médecine du travail.

Après avoir étudié par ordre chronologique l'évolution de la médecine du travail passant par une phase chirurgicale, puis médicale, puis sanitaire, puis de contrôle technique, il montra comment les maladies professionnelles étaient maintenant examinées et traitées non plus seulement au point de vue de leur action matérielle et humaine, mais surtout au point de vue de l'action scientifique. Il a indiqué la mouvance des problèmes scientifiques concernant ces affections lentes à apparaître, mais pouvant disparaître subitement par la suppression des causes industrielles qui les avaient produites.

Il a traité des rapports des médecins du travail avec les médecins traitants, souvent ignorants des problèmes médicaux de l'usine. Mais si nous savons déjà que M. Barthe est partisan du médecin employé à temps complet dans l'industrie, il ne nous a pas dit comment dans certaines maisons on pourrait faire la déli-

mitation entre la médecine de soins et la médecine préventive, comment on pourrait concevoir utilement le recrutement des médecins d'usine sans subir le dirigisme actuel de certaines personnalités; enfin (point qui intéresse les praticiens et qui va revigorer l'action des dispensaires), comment ceux-ci peuvent être ou non autorisés à passer convention pour les examens préventifs avec les comités médico-sociaux d'entreprise. Voilà un certain nombre de points qui n'ont été résolus ni dans cette séance, ni à la réunion des délégués du Collège de la Seine.

***

Le Conseil de la Seine paraît avoir tout à la fois un très vif souci de l'entr'aide confraternelle et un très grand désir d'immédiate efficacité. A une cadence accélérée sont arrivés chez le médecin une lettre introductive, un carnet de timbre certificat (contre remboursement), les certificats de régime et de grossesse, enfin une lettre explicative sur la manière de s'en servir ainsi qu'une circulaire embrouillant le tout.

A vrai dire les promesses primitives ne furent pas intégralement tenues. La dispense de légalisation, que l'on croyait générale, s'est peu à peu restreinte aux seuls certificats de régime et d'allaitement. Dans tous les autres cas, la perception du timbre auprès du client sera sans doute plus délicate à effectuer, et c'est en définitive le plus souvent le praticien qui paiera.

A part cette critique et le regret de voir les médecins, que l'on dit gens de goût, répandre dans le public au nom de leur Corporation d'aussi laides vignettes, nous n'eûmes trouvé que des louanges en faveur de cette initiative si l'on n'avait voulu faire, de ce qui devait rester facultatif, une véritable obligation.

Froidement, le Conseil de la Seine proclame la Commune, se met hors la loi, et décide d' « instituer une taxe de 10 francs sur tous les certificats médicaux », « cette taxe étant à la charge des titulaires ». Ou bien peut-être se croyant, sous couleur de Corporation, revenu au Moyen-Age, notre Conseil considère les malades de sa bonne ville de Paris comme taxables et corvéables — non pas à merci, car il est modeste — mais seulement jusqu'à 10 francs (Circulaire dixit).

Il est rare en un seul fait de cumuler autant d'illégalités et d'infractions : violation de la loi sur l'Ordre qui subordonne à un décret en Conseil d'Etat toute participation obligatoire des médecins à une œuvre d'entr'aide, atteinte au monopole légal du Secours national, mais surtout, délit de concussion avec, se profilant sur l'ensemble, l'ombre inquiétante de l'art. 174 du Code pénal prévoyant à l'encontre des concussionnaires la réclusion, la privation des droits civiques et la mise sous la surveillance de la Haute Police !

Car, (frissonnez, Messieurs) la loi répute concussionnaires les autorités qui ordonneraient la perception, les employés qui confectionneraient les rôles et tarifs, et ceux qui feraient le recouvrement à quelque titre ou sous quelque dénomination qu'elles se perçoivent, de toutes contributions directes ou indirectes autres que celles autorisées par les lois en vigueur.

Il est certes flatteur pour un Président de Conseil Collégial et pour ses collègues de mériter ainsi l'attention de la Haute Police, toujours préférable à la basse dont les procédés, dit-on, manquent parfois d'élégance.

Peut-être cependant les médecins parisiens ne tiennent-ils nullement à nouer d'aussi hautes relations. Il ne serait donc pas mauvais à notre sens de leur donner quelques assurances de ce côté.

***

Va-t-il falloir ouvrir une rubrique spéciale, à laquelle d'ailleurs, si nous en croyons les réflexions de plusieurs confrères, les échos ne manqueront pas pour l'alimenter ?

Voici les faits dans leur nudité :

Un instrument médical, X..., est commandé, à trois mois d'intervalle, du même modèle, à deux revendeurs différents. Le premier est livré pour la somme de 2.750 francs ; le deuxième, trois mois après, identiquement semblable, est livré pour la somme de 1.836 francs.

Un autre instrument médical, Y..., est commandé à deux Maisons différentes. Ces deux Maisons transmettent la commande au constructeur. La camionnette du constructeur livre, quelques mois après, les deux exemplaires identiques au même endroit, par le même voyage. Suivent les deux factures, l'une du revendeur A. est de 8.666 francs, l'autre du revendeur B. est de 11.621 francs !

Là-dessus, demande d'explications au revendeur ayant livré au prix le plus élevé — car toutes ces livraisons ont été accompagnées de factures en bonne et due forme —. Celui-ci argue qu'il n'a aucune raison de vendre au prix du catalogue du constructeur et de se contenter des 25 % de remise que lui fait ce dernier sur son prix de catalogue. Or, le revendeur, pour tout travail, s'est borné à transmettre la commande et à envoyer sa facture !

Il y a là, nous semble-t-il, un tel abus, au moment où l'on demande aux médecins de garder les honoraires en dessous du cours de la vie actuelle, qu'il est bon de se demander si le Conseil National de l'Ordre, naturel défenseur de nos intérêts, ne pourrait pas intervenir énergiquement auprès du Comité d'organisation de l'armurerie et du matériel médico-chirurgical afin que ce dernier mette un terme à de telles pratiques parmi ses ressortissants.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

5753. — Les accus de guerre ne tiennent pas la charge

Auriez-vous l'obligeance de me répondre sur le point suivant : je possède des accus de « guerre », neufs, mais qui ne tiennent pas la charge. A quoi cela peut-il être dû et y a-t-il moyen d'y remédier, de les régénérer en somme ?

Réponse

Les accumulateurs fabrication de guerre sont constitués avec du plomb insuffisamment purifié et les traces de métaux étrangers qu'il contient suffisent pour créer des couples locaux provoquant une décharge plus ou moins rapide de l'élément. Il se peut aussi que, par suite de ces circonstances, vos accumulateurs soient sulfatés.

Le seul traitement à essayer est celui qui est bien connu contre la sulfatation. S'il ne produit rien, le cas me paraît incurable.

Je vous rappelle les grandes lignes du traitement en question :

1° *Vider l'électrolyte, que l'on conserve pour s'en resservir plus tard.*

2° *Le remplacer par de l'eau distillée ou au moins de l'eau de pluie.*

3° *Effectuer une recharge très lente et très prolongée, à un débit égal à 1/50 environ de la capacité (soit un ampère pour une capacité de cinquante ampères-heure).*

4° *Voir, avec un aréomètre Beaumé si la densité du liquide a augmenté à la suite de cette charge. Dans*

l'affirmative, les éléments étaient sulfatés et se sont améliorés.

5° *Recommencer le traitement en remplaçant une deuxième fois le liquide par de l'eau distillée.*

6° *Vidanger de nouveau et remettre l'électrolyte.*

7° *Enfin, donner une charge à régime normal.*

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

4.843. — Médicaments de fabrication interdite

Dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins* de Septembre 1943 figure à la page 112 sous la rubrique « Médicaments de fabrication interdite », un communiqué du Conseil supérieur de la pharmacie qui signale que de nombreux médecins continuent à prescrire des médicaments dont la fabrication est interdite, tels que « *élixir parégorique, alcool camphré, etc.* ».

C'est cet *etc.* qui m'intéresse, car, c'est la première fois que j'entends parler de ces interdictions. Il est regrettable que le Conseil de l'Ordre ne publie pas ces *etc...*

Ils figurent paraît-il au n° 1 de 1943, page 10 du *Bulletin de la Pharmacie française.*

Le *Concours médical* pourrait-il nous renseigner à ce sujet et nous donner la liste de ces produits de fabrication interdite ?

Dr F.

Réponse

Voici la note parue à la page 10, *n°* 1 *de* 1943 *du* « Bulletin de la Pharmacie française » *dans sa teneur intégrale.*

Emploi de l'alcool éthylique

Décision de réglementation spéciale n° 115 *de l'Office central de répartition des produits industriels.*

Le répartiteur-chef de la Section de la chimie de l'Office central de répartition des produits industriels .

. . . .

Décide :

Article 1er. — *L'emploi de l'alcool éthylique est interdit pour la fabrication des produits pharmaceutiques ci-après :*

Alcoolat de Garus ; — Alcoolat de Fioraventi ; — Liqueur d'Hoffmann ; — Alcoolat de menthe ; — Alcoolat de mélisse ; — Alcool camphré ; — Elixir parégorique ; — Teinture d'aconit (*Codex* 1937) ; — *Teinture de gentiane ; — Teinture de Kola ; — Teinture de marron d'Inde ; — Teinture d'écorces d'oranges amères ; — Teinture de quinquina ; — Teinture de valériane.*

Cette interdiction ne s'applique pas aux produits ci-après dont la fabrication peut être poursuivie :

Eau-de-vie camphrée (*Codex*) ; — *Teinture d'aconit* (*Codex* 1908) ; — *Extrait fluide de gentiane, de Kola ; — Extrait fluide de marron d'Inde ; — Extrait d'écorces d'oranges amères ; — Extrait de quinquina ; — Extrait de valériane.*

Article 2. — *L'emploi de l'alcool éthylique pour la fabrication des produits pharmaceutiques ci-après n'est autorisé qu'à la condition que le degré alcoolique de chacun d'eux soit celui indiqué au tableau suivant :*

Teinture d'arnica, 50° ; — *Teinture de canelle,* 60° ; — *Teinture d'eucalyptus,* 40° ; — *Teinture d'opium,* 45° ; — *Teinture de noix vomique,* 60°.

Article 3. — *Des dérogations à la présente décision pourront être demandées et accordées dans les conditions précisées à l'art.* 117 *de la décision F.* 31 *ci-dessus visée.*

Nous complétons les termes de cette décision par quelques indications :

1° *Dans l'utilisation des extraits fluides pour remplacer les teintures de même nom, il y a lieu de tenir compte des correspondances suivantes :*

La teinture de kola doit titrer, selon le Codex, au moins 0,10 % et l'extrait fluide, au moins 1,25 % de caféine.

La teinture de marrons d'Inde au 1/5e est 5 fois moins active que l'extrait fluide dont le poids correspond exactement au poids de la drogue sèche employée.

Pour la teinture de quinquina, le titre alcaloïdique admis est de 1,20 % alors que l'extrait fluide du Codex titre 3,50 % d'alcaloïdes totaux.

La teinture de valériane au 1/5e est 5 fois moins active que l'extrait fluide dont le poids correspond exactement au poids de la drogue sèche employée.

2° *Une note sera communiquée à l'Ordre des médecins pour que la décision n° 115 paraisse dans son prochain Bulletin, et que les médecins puissent modifier leurs prescriptions en conséquence.* »

4.809. — Responsabilité du médecin en cas d'interruption de traitement

Quels sont les *droits* d'un malade et de ses ayants-droit lorsqu'au cours d'un traitement et contre la *volonté* formelle du malade et de ses ayants-droit, une *interruption* intervient qui risque d'être *préjudiciable* à la santé du client ?

Selon le Code de l'Ordre des médecins et selon la jurisprudence actuelle, quelle est la responsabilité *civile*, quelle est la responsabilité *pénale* du médecin qui, contrairement à la volonté du malade et de ses ayants-droit, interrompt un traitement non cause de complications ?

Les *pouvoirs* d'un *Collège départemental* de médecins vont-ils jusqu'à donner l'*ordre* à un médecin soumis à la discipline de ce Collège de *cesser* un traitement entrepris et poursuivi sur la demande expresse du malade et de ses ayants-droit ?

A. D.

Réponse

1° Au point de vue déontologique :

Le Code de déontologie, dans son article 16, contient une disposition générale qui ne s'applique sans doute pas exactement à la difficulté que vous nous soumettez, mais dont le principe peut être utilement retenu :

« Tout médecin est libre de refuser ses soins à un malade, sauf les cas d'urgence, d'engagements antérieurs, de réquisition légale, et ceux où il risquerait de manquer aux devoirs d'humanité, S'il croit avoir des raisons valables de cesser ses soins, il doit s'assurer au préalable qu'un confrère, mis au courant par lui, le remplacera ».

Donc, en principe, commet une faute disciplinaire, le médecin qui interrompt ses soins sans s'assurer qu'ils seront poursuivis par un autre médecin. Mais, dans le cas qui vous intéresse, ce devait être justement sur l'invitation de l'Ordre que le médecin a interrompu le traitement. Il faudrait connaître les données exactes du problème pour porter un jugement sûr en matière déontologique. Peut-être s'agissait-il de traitement charlatanesque ou de procédés commerciaux ? Nous voyons mal comment, ici, s'il en était autrement, pourrait se justifier l'intervention de l'Ordre.

2° Au point de vue juridique :

Il est certain que le médecin qui interrompt un traitement entrepris, et ce contre la volonté du malade, commet une faute civile, sauf s'il peut établir qu'à juste titre, il pouvait considérer le traitement nocif, Mais, dans ce dernier cas, il ne peut y avoir interruption de soins, *sous peine de faute civile de la*

part du médecin. La jurisprudence a eu l'occasion de rappeler ce principe lors d'un jugement du Tribunal civil de la Seine, du 4 janvier 1938. Voici comment s'est exprimé le Tribunat : « Si le médecin n'est pas obligé de se rendre à l'appel d'un malade, ce dont il ne doit compte qu'à sa conscience, il en est autrement lorsqu'il a accepté de donner des soins et a entrepris un traitement. En différant sa visite ou en ne se rendant pas auprès du malade alors que la famille lui révèle une évolution grave ou inattendue de l'affection, et une situation critique demandant des soins urgents, le médecin commet une négligence en ne se rendant pas auprès du malade ». Sauf force majeure bien entendu.

Par conséquent si, dans le cas que vous nous soumettez, il y a eu non seulement interruption de traitement mais de soins, et si cette interruption a causé au malade un préjudice, incontestablement le médecin doit en être tenu pour responsable civilement.

Si la mort du malade s'ensuivait ou si une infirmité grave en résultait directement, il pourrait même être poursuivi pénalement.

La Cour d'appel d'Amiens, le 2 juillet 1936 a retenu la responsabilité pénale du médecin qui, parmi différentes autres charges pesant sur lui s'était rendu coupable d' « avoir abandonné un malade au cours d'un traitement pendant une douzaine de jours, alors que ce traitement était délicat et susceptible de provoquer des réactions dangereuses ».

Tels sont les principes qui régissent la matière que vous nous avez soumise.

○ ○ ○

Demandes et offres

Nº 45. — Infirmière visit. est demandée, consult. nourriss., inspect. des écoles. S'adresser Dr. Béal, 4, rue de Rousbecque, à Roncq (Nord).

Nº 46. — A vendre appar. de radio de pratic. marque Chenaille absolum. nf Poste diatherm. et ondes courtes Chenaille 50 périodes. Visibles Côte d'Azur.

Nº 47. — Cabin. dent. à céd. Marseille, plein centre, gros chff. bel appartm. Ecr. Mr Cartier, 30, Bd Longchamp, Marseille.

Nº 48. — Table Ropiquet, générateur Monoval Cie Gale Radiol. pupitre MS III 1936, permett. tous exam. Tr. bon ét. A vend. au plus offr. Dr Jean Dupas, Gde rue, Sin le Noble (Nord).

Nº 49. — Méd. sinist. jeune et act. cherche client. méd. gle ou associat. temp. avec repr. radio ou O.R.L.

Nº 50. — Doct. A.E.H.P. posséd. le certif. de radiol. cherche cabin. à repr. ou rempl. ou place assist. en radiol.

Nº 51. — A vend. lampe U.V. 220 volts cour. cont. Dr Gourichon à Jallais (M.-et-L.).

Nº 52. — Méd. dés. achet. occas., seringue Delacroix, 10 cm³ av. étui mét. compr. porte-aigu. pour cons. de la ser. stér. dans l'alcool.

Nº 53. — A céd. d'urg. apr. décès poste méd. génér. sous-préf. Sud-Est. appartem. médic. compr. 4 p. meubl. Conv. à célib.

Nº 54. — Sanator. de St-Sever (Calvados) cherche une laborantine expér. si poss. infirm. dipl. d'Etat. S'adr. au Méd. direct.

Nº 55. — On dem. pour Hopit., infirmière manipul. de radiol., logée, nourr. ou non. Off. du Travail, rue Danton, St-Quentin.

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-1
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — Nos 12 et 13 — MERCREDI 15 MARS 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Le No 5 frs

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Ligue française contre le rhumatisme** (Secrétariat : 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)). — Une séance de la Ligue, consacrée au *rhumatisme tuberculeux*, aura lieu le jeudi 16 mars 1944, à 9 h. 30, à l'hôpital Necker, service du Docteur Jacquelin. MM. Jacquelin et Turiaf y présenteront un rapport sur le sujet suivant : Tuberculine-test et tuberculinothérapie du rhumatisme tuberculeux.

Un autre séance de la Ligue, consacrée à : *Rhumatisme et carence*, se tiendra en octobre prochain dans le service du Professeur agrégé Coste, à l'hôpital Cochin.

— **Institut Alfred-Fournier.** *Conférences.* — M. le Professeur Laignel-Lavastine fera du 18 avril au 23 mai 1944, les mardis à 17 heures, six conférences sur la *psychiatrie de l'hérédo-syphilis*. S'inscrire dès maintenant au Secrétariat de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques. Droit : 10 francs.

— *Poste d'assistant.* — Une place d'assistant est disponible dans le service de M. C. Levaditi. On demande de préférence un docteur en médecine ou en pharmacie entraîné en bactériologie et en expérimentation. Traitement : 4.000 francs par mois. Envoyer un exposé de titres et travaux scientifiques au Professeur C. Levaditi, Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'assistant d'ophtalmologie.* — M. Brégeat a été nommé assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris.

— *Concours d'assistant d'électro-radiologie et d'électro-radiologiste.* — Des concours pour la nomination à huit places d'assistant d'électro-radiologie et à quatre places d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris seront ouverts à partir du 3 mai 1944. Les inscriptions seront reçues du 6 au 17 avril, 3, avenue Victoria.

— *Médaille d'or de l'internat.* — La médaille d'or de l'internat (médecine) a été décernée à M. Laroche; la médaille d'argent à M. Richet. La médaille d'or de l'internat (chirurgie) a été décernée à M. Küss.

— **Hôpitaux de Dijon.** — Le concours de chirurgien-adjoint (chirurgie infantile) et d'urologiste adjoint, annoncé pour avril 1944, aura lieu en mai, en même temps que le concours de médecin-adjoint et de dermatologiste adjoint. Renseignements à la Direction régionale de la Santé, 3, Place Ernest-Renan, Dijon.

— **Education physique et alimentation actuelle.** — Le Docteur Philippe Encausse a publié dans la Revue « Education générale et Sports » un mémoire, couronné par l'Académie de médecine, intitulé : « Influence de l'éducation physique et sportive sur la jeunesse, en fonction de l'alimentation actuelle ».

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Christian Chauveau, fils du Docteur Chauveau, chirurgien à Domfront (Orne) ; de Marie-Françoise Cugnet, troisième enfant du Docteur L.-G. Cugnet, de Saint-Maurice (Seine) ; de Madeleine Maison, fille du Docteur Pierre Maison, d'Arthez(Basses-Pyrénées) ; de Dominique Denis, troisième fille du Docteur Robert Denis, de Sainte-Menehould (Marne); de Geneviève Perrossier, quatrième enfant du Docteur Perrossier, de Saint-Cosme (Sarthe) ; de Michèle Favret, fille du Docteur Pierre Favret, de Deville (Ardennes) ; de Martine Barré, septième enfant du Docteur Pierre Barré, de Bazancourt (Marne) ; de Thierry Ladouch, fils du Docteur Georges Ladouch, de Libourne ; de Daniel Laffitte, sixième enfant du Docteur Georges Laffitte, d'Olo-

ron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées) ; de Marie-Catherine EGINER, quatrième enfant du Docteur Eginer, de Paris ; de Patrick DAUCHY, deuxième enfant du Docteur A. Dauchy, de Bertry (Nord) ; de Marie-Christine GARDÈS, troisième enfant du Docteur Gardès, de Cannes ; de France-Marie LÉVEILLÉ, fille du Docteur Jean Léveillé, de Challans (Vendée) ; d'Anne-Marie MOREAU, troisième enfant du Docteur J. Moreau, de Maël-Pestivien (Côtes-du-Nord) ; de Hubert et de Jean-Marie GRANGE, deuxième enfant et troisième enfant du Docteur J.-L. Grange, d'Angers ; de Ghislaine JAUPITRE, troisième fille du Docteur Jacques Jaupitre, de Chatillon-Coligny (Loiret) ; de Marie-Françoise LE BIGOT, cinquième enfant du Docteur Le Bigot, de Saint-Pol-de-Léon ; de Jean-Louis GROSSIORD, troisième enfant du Docteur Grossiord, de Paris.

— **Mariage.** — On annonce le mariage du Docteur Jean LAVAL, de Paris, avec Mademoiselle Denise COLLIGNON.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur A. COMTE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; du Docteur FRANÇON père, d'Aix-les-Bains ; du Docteur Emile WELTI, de Paris, père du Docteur Henri Welti, chirurgien des hôpitaux et du Docteur Jean-Jacques Welti, médecin assistant des hôpitaux de Paris ; du Docteur Maurice DESJEUX, chrurgien de l'hôpital de Salins-du-Jura.

— Le Docteur Jean Joutard, de Paris, médecin-chef de la Caisse inter-départementale des Assurances sociales, fait part du décès de Monsieur Ernest JOUTARD, son père.

Bibliographie

Editions Henri PERRIER
3, rue Aubriot, Paris (IVe)

Le Livre blanc. Formulaire médical 1944.

Ce volume, de 1,310 pages, condense sous un format resté maniable un ensemble de renseignements de grand intérêt pour le médecin. Il comprend : une *Revue des Thérapeutiques nouvelles* (40 pages) par MM. le Professeur HARVIER et le Docteur PERRAULT ; des *Consultations médicales* et une présentation de *Spécialités pharmaceutiques* classées par maladies d'après leur composition ou leur mode d'action ; des *Notices détaillées* sur ces mêmes *spécialités* ; une énumération intégrale, en deux classements, des spécialités inscrites au Laboratoire National de Contrôle des médicaments, avec indication de la catégorie de remboursement par les Assurances sociales, etc...

Visages de prisonniers

Sous ce titre, un ami du Corps médical, le peintre Jean Bilion, a réuni les portraits de quelques-uns de ses compagnons de captivité.

On a dit de ces portraits qu'ils évoquaient Van Gogh ; ce n'est pas un mince éloge à leur facture ! Mais qu'ils évoquent aussi, avec ferveur et lucidité, leurs modèles, et qu'ils fassent surgir parmi nous ces « retranchés du monde », cela suffit pour qu'ils nous soient chers.

L'exposition de ces portraits organisée par la Croix-Rouge au profit de ses œuvres de guerre aura lieu à Paris, galerie Susse, boulevard de la Madeleine, du 17 mars au 5 avril.

Un livre portant le même titre et avec illustrations de l'auteur sera édité en avril.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil national

Le Conseil National estime utile de rappeler à tous les médecins, et spécialement aux médecins rapatriés, qu'une Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers fonctionne au



Conseil National depuis décembre 1941. Cette Commission, composée en majeure partie de médecins rapatriés auxquels se joignent des représentants de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de réserve, et de la Fédération des Associations amicales du Front, est présidée par un membre du Conseil National de l'Ordre. Elle s'occupe des médecins prisonniers et des médecins rapatriés, ainsi que de leurs familles. Elle a pris une part active à la préparation de la relève et, tout en tenant compte des besoins des prisonniers, elle a porté tous ses efforts sur une équitable répartition du tour de départ. Enfin, elle a fait des démarches pour obtenir l'amélioration des conditions matérielles de séjour en Allemagne.

Aux médecins prisonniers, elle fait parvenir des colis, des livres, et attribue des prix pour récompenser les travaux scientifiques faits en captivité. Le financement de ces œuvres est assuré par des fonds recueillis auprès du Corps médical, des subventions importantes du Conseil National, et de nombreux dons provenant de Groupements médicaux, de laboratoires, de l'Association de la Presse médicale française, etc...

Ces fonds servent également à distribuer des allocations aux familles des médecins prisonniers et aux médecins retour de captivité afin de les aider dans leur réinstallation.

Enfin, la Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers a également le souci de faciliter aux confrères rapatriés la reprise de leur activité professionnelle ; le cas échéant, elle veille à la protection des postes laissés vacants par l'éloignement de leurs titulaires ; mais surtout elle s'efforce, en liaison avec l'Office de documentation et de remplacement du Conseil national, de trouver des situations aux confrères qui s'adressent à elle à leur retour de captivité, d'autre part de leur faire réserver des postes d'inspection médicale scolaire, de médecin d'entreprise, de médecin d'hygiène, de médecin contrôleur, etc... ; de leur faciliter l'acquisition rapide des diplômes correspondants, enfin de faire valoir leur situation particulière lorsqu'ils sont candidats à des concours des hôpitaux.

Dans un autre ordre d'idées, elle facilite aux médecins rapatriés l'obtention de vêtements, chaussures, instruments, etc...

Le Secrétaire de la Commission est tous les jours à la disposition des confrères rapatriés, et des familles des médecins prisonniers au siège du Conseil National, 60, boulevard de Latour-Maubourg.

La Commission se recommande à tous les médecins pour alimenter généreusement sa trésorerie.

(*Communiqué.*)

Comité de Coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des médecins de la région parisienne

Nouveaux honoraires minima à partir du 1er mars 1944.

En exécution des décisions prises le 16 janvier 1944 au Comité de Coordination, les Conseils des Collèges départementaux de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne de l'Ordre des Médecins ont avisé leur préfecture respective que les honoraires minima des médecins seraient portés aux chiffres indiqués ci-dessous à la date du 1er mars 1944.

Aucune objection n'ayant jusqu'à ce jour été faite par les autorités administratives, les médecins des départements de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne devront donc considérer ces chiffres comme honoraires minima à la date indiquée.

L'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne a été également informée de ce réajustement des honoraires minima nécessité par l'augmentation constante du coût de la vie et des charges de toutes espèces qui pèsent sur la vie professionnelle du médecin.

La loi du 27 novembre 1941 prescrivant d'une manière impérative que pour les femmes et enfants de prisonniers de guerre assurés sociaux, les honoraires médicaux ne doivent pas excéder le tarif de Responsabilité des Caisses, il y a donc lieu pour cette catégorie d'assurés de continuer à pratiquer les anciens taux d'honoraires, ceux de 1942 (1er octobre 1942 pour la Seine, 1er décembre 1942 pour la

Seine-et-Oise), que les Caisses d'Assurances sociales avaient adoptés comme tarif de responsabilité.

TABLEAU DES HONORAIRES MINIMA :

1° *dans le département de la Seine* :

	1er mars 1944	Aug. par rapport au 15.1.38
Consultation	50 fr.	66,66 %
Visite	60 fr.	71,42 %
Visite du D	80 fr.	33,33 %
Visite de N	120 fr.	50 %
Chiffre-clé de P. C.	30 fr.	50 %
K	30 fr.	50 %

2° *dans le département de Seine-et-Oise* :

	1er mars 1944	Aug. par rapport à 1938
Consultation	40 fr.	60 %
Visite	50 fr.	66,66 %
Visite du D	80 fr.	60 %
Visite de N	100 fr.	33,33 %
Chiffre-clé de P. C.	30 fr.	50 %
K	30 fr.	50 %
Indemn. kil.	5 fr.	

3° *pour le département de Seine-et-Marne* :

	1er mars 1944	Aug. par rapport au 1.10.38
Consultation	30 fr.	50 %
Visite	40 fr.	60 %
Visite du D	60 fr.	
Visite de N	80 fr.	
Chiffre-clé de P. C. jusqu'à 1,50 inclus	30 fr.	25 %
à partir de 2	25 fr.	25 %
K	30 fr.	50 %
Indemn. kil.	4 fr.	

Recommandation aux médecins soignant des assurés sociaux.

Par la lecture de nos précédentes circulaires, on peut se rendre compte de l'importance qu'ont pour le budget des Caisses de la Région parisienne, les dépenses occasionnées par les arrêts de travail (demi-salaire). L'accroissement considérable de ce poste de dépenses, le plus important de tous, a entraîné en 1943 un déficit dans un certain nombre de Caisses qui jusqu'ici n'avaient connu que des résultats financiers bénéficiaires.

Le Comité de coordination, dans sa réunion du 16 janvier 1944, a décidé d'attirer l'attention des médecins de la Région parisienne sur cette situation qui pourrait mettre en péril l'institution même des Assurances sociales, et qui, en tout état de cause, risque d'avoir une répercussion fâcheuse sur l'établissement pour les Caisses de leurs tarifs de responsabilité.

Tout en reconnaissant que la fréquence et la longueur inaccoutumées des arrêts de travail prescrits par les médecins sont surtout la conséquence des circonstances actuelles, le Comité de Coordination se permet cependant de recommander aux médecins de veiller, plus encore que par le passé, à ce que les arrêts de travail ne soient prescrits que dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Enquête sur la médecine du travail.

Dans notre précédente circulaire, nous vous indiquions que le Comité de Coordination avait adressé une lettre aux Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre de la Région parisienne, les priant de bien vouloir s'informer dans leur département respectif du fonctionnement de la médecine du travail, notamment de l'activité parfois abusive de certains comités sociaux et comités d'organisation.

Au cours de la séance qu'ils tenaient le 16 janvier 1944, les membres du Comité de Coordination, ont été d'accord pour étendre cette enquête sur quelques questions précises ayant trait notamment à certaines recommandations contenues dans la circulaire du ministre secrétaire d'Etat au Travail et relative au statut et aux fonctions des médecins d'entreprise — circulaire datée du 7 mai 1943.

Voici quelques questions auxquelles nous serions heureux de voir répondre le plus grand nombre possible de confrères.

En ce qui concerne les soins.

— Connaissez-vous des entreprises où les médecins du travail ne se conforment pas aux prescriptions de la Circulaire ministérielle du 7 mai 1943 que nous rappelons ci-dessous ?

— des entreprises où les médecins du travail dirigent les ouvriers qui se présentent à eux vers des dispensaires de soins situés dans l'entreprise même ou à l'extérieur de celle-ci ?

— des médecins du travail ou des centres médicaux sociaux interentreprises qui aiguillent les travailleurs vers certains médecins ou certains dispensaires de soins ?

— des entreprises où le médecin du travail est en même temps médecin du dispensaire de soins de l'usine ?

— des médecins du travail à temps partiel qui reçoivent d'une façon habituelle dans leur cabinet privé des travailleurs de l'entreprise ou un membre de sa famille vivant sous le même toit ?

En ce qui concerne les contrôles.

— Connaissez-vous des entreprises ou des centres médico-sociaux inter-entreprises où le médecin du Travail est en même temps médecin contrôleur des malades ou des blessés, soit pour le compte de l'entreprise, soit pour le compte d'une Compagnie d'assurances accidents ?

Nous prions les confrères de signaler en outre tout abus non prévu dans les questions ci-dessus.

Conseil du Collège départemental de la Seine

Chaussures et blouses pour le Corps médical de la Seine.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine informe les confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons de chaussures (hommes) et de blouses (hommes et femmes).

En raison du nombre limité de bons en sa possession pour le premier trimestre, seuls pourront en bénéficier, les confrères n'en ayant pas obtenu récemment par les soins de leur mairie.

Ils devront, eux ou leur représentant, apporter leur carte de textile au Conseil de l'Ordre qui, sur la demande de l'Office répartiteur mentionnera l'obtention de ce bon, (*Communiqué.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Allocations familiales

Arrêté interministériel du 16 *février* 1944 *relevant les salaires moyens départementaux*

Art. 1er. — Les salaires moyens départementaux servant de base au calcul des allocations familiales sont fixés comme suit :

Départements	Salaires urbains francs	Salaires ruraux francs
Aisne	1.600	1.400
Allier	1.500	1.250
Alpes-Maritimes	1.600	1.300
Ardennes	1.650	1.400
Belfort	1.600	1.250
Bouches-du-Rhône :		
Marseille	1.800	»
Reste du département	1.650	1.300
Calvados	1.500	1.250
Cher	1.500	1.250
Côte-d'Or	1.500	1.250
Doubs	1.600	1.250
Drôme	1.500	1.250
Eure	1.500	1.250
Eure-et-Loir	1.500	1.300
Haute-Garonne :		
Toulouse	1.600	»
Reste du département	1.500	1.200

Gironde :		
Bordeaux	1.700	»
Reste du département	1.600	1.250
Indre-et-Loire	1.600	1.250
Isère	1.600	1.250
Jura	1.500	1.250
Loir-et-Cher	1.500	1.250
Loire	1.650	1.300
Loire-Inférieure :		
Nantes	1.650	»
Reste du département	1.600	1.250
Maine-et-Loire	1.500	1.250
Marne	1.600	1.250
Meurthe-et-Moselle	1.700	1.300
Meuse	1.500	1.250
Nord :		
Lille, Roubaix-Tourcoing	1.800	»
Reste du département	1.700	1.400
Pas-de-Calais	1.700	1.400
Puy-de-Dôme	1.500	1.200
Rhône :		
Lyon	1.750	»
Reste du département	1.650	1.300
Seine	2.250	»
Seine-et-Marne :		
1re zone	1.900	»
2e zone	1.650	1.400
3e zone	1.650	»
Seine-Inférieure	1.600	1.250
Seine-et-Oise :		
1re zone	2.250	»
2e zone	1.900	»
3e zone	1.600	1.500
Somme	1.600	1.400
Vosges	1.500	1.250
Yonne	1.500	1.250

Art. 2. — Le présent arrêté aura effet à compter du 1er janvier 1944.

(*J. O.*, 25 février).

En raison du manque de place, nous n'avons pu publier que les chiffres intéressant les principaux départements.

Hôpitaux et hospices

Loi du 20 novembre 1943 modifiant l'alinéa 2 de l'article 6 de la loi du 21 décembre 1941.

Art. 1er. — L'alinéa 2 de l'article 6 de la loi du 21 décembre 1941 est modifié ainsi qu'il suit :

« Parmi les membres nommés par le préfet doivent obligatoirement figurer deux délégués choisis sur une liste de présentation établie par le Conseil municipal et comprenant un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir, un médecin désigné par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et un représentant des Caisses d'assurances sociales présenté par le directeur du service régional des Assurances sociales après accord avec le président du Conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses non agricoles et le président du Conseil d'administration de la Caisse centrale de Secours mutuels agricoles ».

(*J. O.*, 25 février).

Masseurs

Un décret du 9 février 1944 fixe les conditions dans lesquelles est délivré le brevet de masseur médical.

(*J. O.*, 21 février).

Secret professionnel

Loi du 21 février 1944 modifiant l'article 378 du Code pénal.

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 378 du Code pénal est modifié comme suit :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 1.200 à 6.000 francs. »

(*J. O.*, 21 février).

PARTIE SCIENTIFIQUE

SEXUALITÉ ET GLANDES ENDOCRINES DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE (*)

Par le Professeur Pierre NOBÉCOURT,
de l'Académie de médecine

L'évolution de la sexualité dans l'enfance et la jeunesse (1) pose de nombreux problèmes. Le déterminisme de ses manifestations est loin d'être élucidé. Interviennent, d'une part, le *sexe somatique* ou *génétique*, constitué dès la fécondation, à la formation de l'œuf, qui donne à chaque cellule du nouvel organisme un potentiel mâle ou femelle, d'autre part, le *sexe génital*, qui est lié aux *hormones* et *hormogènes sexuelles*, élaborées par les glandes sexuelles ou génitales, dont le rôle augmente, d'importance à mesure que celles-ci s'accroissent et se perfectionnent.

La *glande endocrino-sexuelle*, testicules ou ovaires, est la vraie glande de la sexualité. Son aplasie congénitale, son atrophie précoce, son ablation pendant l'enfance, entraînent la *carence des hormones et hormogènes sexuelles*, empêchent la puberté et l'installation des caractères sexuels secondaires, génitaux et extra-génitaux. Elle est la glande de la sexualité.

Mais elle n'est pas la seule glande endocrine, qui intervienne. Il existe entre elle et les autres glandes des *corrélations fonctionnelles*, des *actions réciproques*, des *synergies*, dont le rôle est important. Leur étude est l'objet de cet article.

Il règne encore, à ce sujet, de grandes incertitudes. Les mêmes expériences donnent souvent des résultats différents, sinon contradictoires.

D'une façon générale, ces expériences consistent soit dans l'*ablation* de la glande, qui entraîne la carence des produits qu'elle élabore, soit dans l'*administration entérale* ou *parentérale* de la glande, de ses extraits ou des produits de synthèse qui correspondent à ses hormones, pour combattre la dite carence ou enrichir l'organisme en hormones.

Les *corrélations principales* comprennent : 1° l'influence des diverses glandes endocrines sur les glandes sexuelles ; 2° l'influence des glandes sexuelles sur les autres glandes endocrines.

Il existe, en outre, des *corrélations de second plan*, qui réalisent : 3° l'influence réciproque des glandes endocrines autres que les glandes sexuelles.

(*) N. D. L. R. — Cet article est le dernier article écrit pour le *Concours Médical* par notre éminent et très regretté collaborateur, le Professeur P. NOBÉCOURT.

(1) NOBÉCOURT (Pierre). — La sexualité dans l'enfance et la jeunesse. *La Presse médicale*, 9 octobre 1943, n° 38, p. 564.

1° INFLUENCE DES DIVERSES GLANDES ENDOCRINES SUR LES GLANDES SEXUELLES

L'ANTÉHYPOPHYSE, par les *hormones gonadotropes* ou *gonado-stimulines*, active le développement des glandes sexuelles et la sécrétion de leurs hormones ; elle est indispensable ; sa carence entraîne l'aplasie des testicules ou des ovaires et consécutivement l'infantilisme. L'exaltation de ses fonctions, l'excès d'hormones gonadotropes, entraîne une évolution prématurée des glandes sexuelles et consécutivement une puberté précoce.

La GLANDE THYROÏDE a sur les glandes sexuelles une influence de même ordre que l'antéhypophyse, mais qui paraît moins puissante. La carence en *hormone thyroïdienne* entrave leur évolution et entraîne l'infantilisme ; mais l'inhibition semble n'être que partielle. L'exaltation des fonctions thyroïdiennes, l'*hyperthyroïdisme* ne provoque ni la précocité du développement, ni la suractivité des glandes sexuelles. Les doses fortes d'hormone thyroïdienne exerceraient sur ces glandes une action inhibitrice, les doses faibles une action stimulante. La thyroxine favorise l'action du propionate de testostérone.

La CORTICO-SURRÉNALE a sur les glandes sexuelles, une action différente suivant le sexe. Les *extraits cortico-surrénaux* stimulent le testicule. Ils exercent plutôt une influence inhibitrice sur la glande femelle et une action masculinisante. Mais il règne beaucoup d'imprécision à ce sujet. Certains produits surrénaux agissent à la façon des hormones sexuelles, sans que les glandes sexuelles interviennent : l'acétate de désoxycorticostérone agit sur le mâle castré à la façon de la testostérone. Cette analogie d'action de certains produits cortico-surrénaux avec les hormones sexuelles se comprend, étant donné la parenté embryologique entre la glande sexuelle et la cortico-surrénale et la parenté chimique entre certaines hormones élaborées par l'une et l'autre.

L'ÉPIPHYSE ou GLANDE PINÉALE, au contraire de l'antéhypophyse, exerce une action inhibitrice sur les glandes sexuelles. Sa carence provoque une évolution sexuelle prématurée et accélérée ; les extraits épiphysaires, les implantations, qui majorent son influence, retardent cette évolution.

Le déterminisme de l'action de l'épiphyse n'est pas encore l'objet de discussions. Cette glande élaborerait, non pas une *hormone*, mais une *chalone*, qui s'opposerait au développement des glandes sexuelles. Son action diminuerait ou cesserait à la puberté. Elle n'agirait pas directement sur les glandes sexuelles, mais indirectement en inhibant l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse. On pourrait expliquer ainsi pourquoi cette hormone, bien qu'élaborée déjà chez l'embryon, n'exerce toute son activité qu'à la puberté ; mais pourquoi l'épi-

physe cesse-t-elle d'agir à cette période de l'existence ?

Le THYMUS paraît jouer un rôle dans le développement des glandes sexuelles. Mais il intervient non pas par l'élaboration d'une hormone, mais comme organe de réserve et de distribution des nucléo-protéides.

2° L'INFLUENCE DES GLANDES SEXUELLES SUR LES AUTRES GLANDES ENDOCRINES

Sur l'ANTÉHYPOPHYSE. — La *carence des hormones sexuelles* stimule la formation des cellules acidophiles et la fonction somatrope, dont elles sont le substratum.

Les *hormones sexuelles*, la *folliculine* notamment, inhibent et les mêmes cellules, et la même fonction.

On peut trouver dans ces constatations une raison du ralentissement de la croissance staturale à la puberté et de son arrêt à la nubilité.

La *folliculine* stimule l'élaboration par l'antéhypophyse de l'*hormone mammogène*, provoque de l'accroissement des glandes mammaires chez la fille à la puberté.

Sur LA GLANDE THYROÏDE. — La *carence des glandes sexuelles*, réalisée par la castration, après une courte phase d'hyperactivité de la *thyroïde*, entraîne sa régression et son hypofonctionnement.

La *folliculine*, à doses faibles, active la thyroïde, à doses fortes, l'inhibe. Elle agirait non pas directement sur cette glande, mais indirectement par l'antéhypophyse ; l'élaboration par cette dernière de la thyréo-stimuline serait inhibée.

Le *propionate de testostérone* a une influence stimulante sur la thyroïde.

SUR LA CORTICO-SURRÉNALE. — La *carence des hormones sexuelles mâles* aurait une action stimulante sur la cortico-surrénale. La *folliculine* exercerait une action comparable.

3° INFLUENCE RÉCIPROQUE DES GLANDES ENDOCRINES AUTRES QUE LES GLANDES SEXUELLES.

ANTÉHYPOPHYSE ET GLANDE THYROÏDE. — L'*antéhypophyse* règle la structure et l'activité de la glande thyroïde ; elle élabore une *thyréostimuline*. Son ablation entraîne l'hypofonctionnement de cette glande : les extraits antéhypophysaires provoquent des manifestations d'hyperthyroïdes.

La *glande thyroïde* agit sur l'antéhypophyse. La thyroïdectomie entraîne son hypertrophie et des modifications de sa structure, l'hyperthyroïdie, une diminution de son activité.

ANTÉHYPOPHYSE ET ÉPIPHYSE. — L'épiphyse, nous l'avons vu, inhiberait l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse.

GLANDE THYROÏDE ET GLANDES SURRÉNALES. — La *thyroïdectomie* entraîne une diminution de l'activité surrénale. L'*hormone thyroïdienne* provoque l'hypertrophie de la corticale et de la médullaire des surrénales. La thyroxine augmente l'action masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone.

***

L'exposé précédent est, faute de place, schématique et incomplet. Il suffit à montrer la complexité des corrélations fonctionnelles entre les glandes sexuelles d'une part, l'antéhypophyse, la glande thyroïde, la cortico-surrénale, l'épiphyse, d'autre part. Elles jouent un rôle capital. Les relations entre les glandes endocrines, autres que les glandes sexuelles, jouent un rôle dans la sexualité, mais il est difficile à préciser.

La clinique confirme et éclaire les données de l'expérimentation.

La *carence de l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse*, telle que la réalise un cranio-pharyngiome, entraîne l'aplasie des glandes sexuelles, et, par suite, l'*infantilisme dit hypophysaire.*

Au contraire, un adénome, qui exalte l'activité de l'antéhypophyse, peut entraîner la précocité du développement des glandes sexuelles et une *puberté précoce.*

L'*athyroïdie* du myxœdémateux congénital inhibe le développement des glandes sexuelles et entraîne, par suite, l'*infantilisme myxœdémateux.*

Certaines *tumeurs de la corticosurrénale*, dont elles exaltent l'activité, sont la cause de divers *syndromes cortico-surrénaux : pseudo-hermaphrodisme, virilisme* ou *hirsutisme surrénal.*

Certaines *tumeurs de l'épiphyse* sont la cause d'une puberté prématurée.

Il existe donc toute une série de troubles de la sexualité, secondaires à des affections de diverses glandes endocrines.

Par contre, la *carence sexuelle*, due à la castration ou à une aplasie, stimule et prolonge l'action somatotrope de l'antéhypophyse ; elle entraîne l'*hypertrophie staturale* et le *gigantisme* dits *eunuchoïdes.*

A côté des faits bien caractérisés, il existe toute une série de troubles de la sexualité relevant de désordres endocriniens, dont le déterminisme reste dans le domaine de l'hypothèse. La complexité des corrélations fonctionnelles entre les glandes endocrines doivent imposer au médecin des réserves d'interprétation et la prudence dans l'emploi de l'*hormonothérapie.* L'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse est indiquée dans l'infantilisme hypophysaire, l'opothérapie thyroïdienne dans l'infantilisme myxœdémateux, l'opothérapie sexuelle dans l'hypertrophie staturale des eunuchoïdes. Mais encore, y a-t-il lieu de tenir compte des circonstances individuelles. Il ne faut pas oublier l'influence qu'exercent les hormones sexuelles sur l'antéhypophyse, dont elles inhibent la fonction somatotrope ; si on peut espérer que l'infantile, qui est souvent un nain, peut encore grandir, il faut être patient et savoir attendre avant d'essayer de stimuler le développement de ses glandes sexuelles.

L'hormonothérapie peut être plus nuisible qu'utile.

LA PLEURO-PÉRITONITE SUPPURÉE A PNEUMOCOQUE CHEZ L'ENFANT

Par MM. SOREL
Professeur de Clinique médicale infantile,
LASSERRE
ancien chef de Clinique
et LAYSSOL (de Toulouse)

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service de Clinique médicale infantile de l'Hôtel-Dieu, une péritonite à pneumocoques chez une fillette, péritonite dont le diagnostic a été particulièrement difficile, en raison de l'association avec des phénomènes pleuro-pulmonaires, et il nous a paru intéressant de rapporter cette observation.

Nos recherches parmi les auteurs, tant anciens que récents, qui ont étudié la péritonite à pneumocoques, ne paraissent pas mentionner l'atteinte simultanée plèvre-poumon-péritoine.

Les uns présentent la péritonite comme la localisation d'une pneumococcémie à point de départ pulmonaire, les autres font des phénomènes pulmonaires une complication tardive de la péritonite à pneumocoques.

Voici d'ailleurs l'observation de notre petite malade :

La jeune Hélène B.... 8 ans, domiciliée dans les environs de Toulouse, entre à la Clinique médicale infantile le 16 avril dernier, dans un état extrêmement grave avec fièvre élevée, cyanose de la face et des extrémités, dyspnée extrême ; elle est très amaigrie, Un examen clinique montre une ascite libre d'assez grosse abondance et de gros phénomènes pleuro-pulmonaires tels que matité des deux bases, gros souffle tubo-ereux du sommet droit et râles ronflants à droite et à gauche.

Une radiographie faite d'urgence montre la présence de liquide à droite et un état broncho-pneumonique du parenchyme.

L'interrogatoire de la famille nous apprend que le début avait eu lieu le 29 mars, c'est-à-dire dix-neuf jours auparavant, brusquement, en pleine santé par des douleurs abdominales de moyenne intensité, sans localisation précise, avec vomissements, et diarrhée jaune-verdâtre.

Le médecin traitant avait pensé à la possibilité d'une typhoïde, mais n'avait pu faire ni hémoculture, ni séro-diagnostic.

Il a prescrit cependant des sulfamides à la dose de 24 grammes en six jours.

Les douleurs diminuent d'intensité dans les jours qui suivent, les vomissements cessent rapidement, mais la diarrhée et la température persistent.

Quinze jours après le début, apparaissent presque en même temps des phénomènes pulmonaires, qui ont un début soudain et un gros ventre qui va pointer en obusier.

En raison de la dyspnée, qui devient de plus en plus sévère et de l'état général qui décline très rapidement, le transfert à l'Hôtel-Dieu est décidé.

C'est ainsi que nous voyons l'enfant et qu'après examen, nous portons le diagnostic de typho-bacillose, malgré l'absence de tout antécédent bacillaire.

Bien que le diagnostic et le pronostic soient extrêmement réservés, on prescrit cependant 5 grammes de sulfamides *per os*, avec sérum glucosé, solucamphre, percortène.

Quelques heures après son admission, la petite malade présente spontanément un empyème de nécessité d'une collection purulente abondante (3 à 4 litres de pus), ouverte à l'ombilic.

Le diagnostic de péritonite à pneumocoques est évident à ce moment-là, et est confirmé par la culture. C'est ainsi que nous sommes amenés à rapporter à la pneumococcémie les phénomènes pleuro-pulmonaires observés.

Une ponction pleurale droite ramène du pus typiquement pneumococcique, et on fait suivre la ponction par un lavage de plèvre au solu-septoplix.

A partir de ce moment-là, les signes généraux et pulmonaires vont aller en s'améliorant très rapidement et au bout d'une semaine, il ne restait rien radiographiquement de l'atteinte pleuro-pulmonaire.

Seul, persistait un écoulement du pus par l'ombilic. L'enfant, transférée en Clinique chirurgicale infantile pour drainage plus complet de sa cavité péritonéale, est actuellement guérie.

Comme on le voit, au moment où nous avons vu notre petite malade, le diagnostic de péritonite à pneumocoques était extrêmement difficile. Nous ne nous sommes pas arrêtés un instant au diagnostic de péritonite appendiculaire, ni à celui de typhoïde, et seule, une typhobacillose était cliniquement logique.

Le seul examen, que nous n'avons pas pratiqué avant l'empyème à cause de l'état alarmant de l'enfant et qui aurait donné certainement un résultat, était une ponction pleurale. Elle aurait levé tous les doutes.

La polysérite pneumococcique avec atteinte pulmonaire surajoutée n'étant pas classique, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, car elle pose, malgré tout, un certain nombre de problèmes pratiques :

1° *les difficultés de diagnostic, telles que nous avons exposées* ;

2° *le problème pathogénique* : S'agit-il ici d'une atteinte simultanée de la plèvre et du péritoine à la suite d'une pneumococcémie, ou bien d'une atteinte primitive du péritoine propagée secondairement au thorax ?

Enfin, s'agit-il, comme nous le pensons, d'une atteinte primitive pleurale au cours d'une pneumococcémie, propagée secondairement au péritoine par l'intermédiaire des puits lymphatiques du diaphragme ou par la porte anatomique que constitue l'hiatus costo-diaphragmatique ?

Cette dernière éventualité mérite d'être retenue par suite de la guérison rapide de la pleurésie après l'empyème péritonéal, qui semble avoir constitué un véritable drainage ;

3° *un problème thérapeutique* : On le voit une fois de plus, les péritonites à pneumocoques qui s'ouvrent spontanément, ont les plus grandes chances de guérison. Il est probable que l'intervention chirurgicale, peu de temps avant l'ouverture spontanée, aurait amené les mêmes résultats.

Ce qui importe surtout, c'est de ne pas intervenir en période aiguë, pendant la pneumo-

coccémie ou avant que la péritonite soit collectée, suivant en cela la règle générale des collections purulentes.

L'action des sulfamides nous a paru ici secondaire et peu digne d'intérêt.

Telle est l'histoire d'une pleuro-péritonite suppurée à pneumocoques chez une enfant : elle n'est pas classique, mais présente un grand intérêt pratique et doctrinal.

BIBLIOGRAPHIE

Dieulafoy. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu.*

Ribadeau-Dumas. — *Bull. Soc. péd. Paris*, 1922.

Mouriquand, Bernheim, Rendu. — *Arch. méd. enfants*, octobre 1926.

Comby P. — *J. de méd. et chir.*, 1927.

Aurousseau. — *Rev. méd. franç.* P. à Pn., 1931.

Aurousseau. — D. et Tr. des P. à Pn. chez enfant *Gaz. méd. fr.*, 1928.

Barraud. — *Gaz. méd. franç.*, 1931.

Mathieu, Daviaud. — *Presse méd.*, 1929.

Bréchot, Nové-Josserand. — P. à Pn., XL, Congrès chir., 1931.

Achard. — P. à Pn. *J. des Prat.*, 1932.

L. Cotini et J. Pochon. — Pneumococcémie, *in* : E. M. C.

P. Wilmoth et J. Patel. — P. à Pn., *in* : E. M. C.

J. Mondor. — Diagnostics urgents, abdomen.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

LES ERREURS DE DIAGNOSTIC POSSIBLES DANS LA MALADIE DU COL VÉSICAL (1)

D'après R. Bouchard

Ancien Chef de Clinique urologique à l'Hôpital Necker

Adénome de la prostate, prostatite, rétrécissement urétral, tels sont les diagnostics qui, les premiers, et suivant l'âge du sujet, viennent à l'esprit lorsqu'on se trouve en présence de troubles de l'évacuation vésicale, qu'ils consistent en une diminution appréciable du jet, en une lenteur anormale de la miction, ou qu'ils affectent l'allure bruyante d'une rétention.

Cependant l'examen clinique le plus minutieux infirme parfois ces diverses hypothèses, en montrant l'*intégrité apparente de l'appareil urinaire*. Le toucher rectal ne traduit aucune modification de la prostate, ni dans son volume, ni dans sa consistance, ni dans sa sensibilité ; l'exploration de l'urètre ne révèle aucun obstacle. Ces constatations engageront le praticien à rechercher l'existence d'une lésion médullaire : le malade est alors soumis à un examen neurologique pour dépister tout particulièrement un tabès, dont ces manifestations urinaires pourraient constituer les premiers symptômes. On pensera aussi à un spina bifida, dont une radiographie permettra d'éliminer l'existence. Il y a quelques années, ces diverses explorations restées négatives, on eût porté le diagnostic de « prostatisme sans prostate » ; aujourd'hui, on peut affirmer l'existence de la « maladie du col vésical », ce qui revêt une grosse importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Les lésions sont constituées par une hyperplasie de l'un ou de tous les éléments, qui forment le col : muqueuse avec ses glandes, et musculeuse, séparées par du tissu conjonctif, celui-ci étant le plus fréquemment atteint. A la faveur d'inflammations prolongées de l'urètre ou de la prostate, une infiltration lymphocytaire a pu entraîner la sclérose du tissu conjonctif du col, susceptible de se transformer finalement en un anneau fibreux ; c'est ce qui explique la persistance des troubles dysuriques, même après la dilatation très poussée de certains rétrécissements. Ainsi se trouve entravé le mécanisme de la miction, car celle-ci exige, d'une part l'ouverture du col par relâchement du sphincter, d'autre part, la contracture de la musculature vésicale, ces deux actions étant synergiques.

La difficulté éprouvée par la vessie à vaincre l'obstacle qui s'oppose au libre écoulement de l'urine, la dysurie, se traduit tout d'abord par une modification du jet, qui est moins fort que normalement, ensuite par un allongement du temps nécessaire à la miction, enfin par une pollakiurie. La maladie, abandonnée à elle-même, peut entraîner une dilatation progressive de la vessie, puis des voies urinaires supérieures et des cavités rénales. Ce qu'il est important de connaître, c'est que le surcroît de travail imposé à la vessie par la résistance à l'évacuation de l'urine entraîne l'hypertrophie de ses fibres musculaires, la formation d'une « vessie à colonnes », et c'est cet aspect, facilement reconnaissable à l'endoscopie, qui, avec l'existence d'un résidu vésical, apportera un signe de certitude en faveur de la « maladie du col ». Puis viendra l'examen du col à l'urétroscope ; les modifications observées sont souvent minimes et exigent, pour être décelées, une expérience déjà longue de l'urétroscopie; il peut s'agir d'un épaississement uniforme, ou d'une déformation de ses bords ; mais le plus souvent, la maladie marque son empreinte en arrière, sur le contour postérieur du col (sous la forme d'un repli plus ou moins accusé, allant parfois jusqu'à constituer une véritable barre concave en haut, mais pouvant présenter aussi un bord horizontal). Enfin, on ne négligera pas une urétrographie fonctionnelle, prise au moment de la miction, après remplissage de la vessie par un liquide opaque ; normalement, le col apparaît sur le cliché, comme largement ouvert, en forme d'entonnoir ; lorsqu'il y a dysectasie, il marque tout juste sa place sur le cliché, et au-dessous de lui se dessine une mince traînée de liquide opaque dans l'urètre postérieur.

Notons aussi que la *maladie du col* offre une évolution un peu différente de celle de l'adénome prostatique. Le sujet, qui en est atteint, se plaint avant tout de la *lenteur de sa miction*, des efforts souvent considérables qu'il doit fournir pour satisfaire le besoin d'uriner. Par contre, le malade, porteur d'un *adénome prostatique*, néglige plus volontiers cette difficulté d'évacuation vésicale ; ce qui retient toute son attention, c'est la *pollakiurie*, qui trouble son sommeil, qui le dérange fréquemment dans son travail, quelquefois même de façon trop impérieuse. En outre, les troubles urinaires du prostatique subissent tour à tour *recrudescence et accalmie* ; des poussées congestives les aggravent temporairement, et, bien qu'à l'extrême limite de leur paroxysme, elles puissent aller jusqu'à provoquer des rétentions aiguës, elles rétrocèdent le plus souvent, sans même laisser derrière elles une aggravation de l'état antérieur. Cette évolution saccadée ne se retrouve pas dans la maladie du col (tout au moins dans l'immense majorité des cas, car rien n'est absolu en médecine) ; le plus souvent, la dysurie *s'accroît lentement, progressivement*, ou, à tout le moins, reste égale à elle-même, sans à-coups plus ou moins dramatiques.

Ainsi, en présence d'une dysurie, il ne convient pas de porter systématiquement le diagnostic, trop com-

(1) Les conséquences de la maladie du col vésical. (*La Semaine des Hôpitaux, de Paris*, juillet 1942).

mode et facile, d'adénome prostatique. Les conséquences d'une maladie du col pourraient néanmoins être redoutables (insuffisance rénale, infection urinaire). Mais il est aisé d'en arrêter le développement en pratiquant une *résection endoscopique du col cervical*, qui rétablit le jet normal de la miction, et qui représente l'intervention de choix dans le traitement de la maladie du col.

G. FISCHER.

LES ACCIDENTS DU NOURRISSON LEUR PROPHYLAXIE

Passif et sans défense devant le danger, le nourrisson peut être victime d'accidents, la plupart du temps évitables si l'attention des mères est appelée sur les conditions dans lesquelles ils se produisent et si des précautions convenables sont prises. Dans son intéressante thèse inaugurale (1), le Docteur Jean-Pierre VERNES s'est proposé de faire connaître ces précautions que le praticien pourra utilement diffuser, à l'occasion, dans sa clientèle.

Notons d'abord que les accidents des nourrissons sont à distinguer de ceux des enfants plus âgés, des enfants qui marchent, ces derniers pouvant déjà se défendre et étant surtout victimes de leur inexpérience, de leur imprudence ou de leur maladresse.

Le plus fréquent des accidents du nourrisson est la déglutition d'un corps étranger et avant tout d'une épingle double, d'une broche à bavoir. Rarement, l'épingle s'arrête dans l'œsophage. Le plus souvent, surtout si la partie mousse est en avant, le passage du tube digestif se fait en 24 à 48 heures sans incident. L'épingle peut cependant se fixer, en particulier dans l'estomac ou le duodénum. La radio permet de suivre l'évolution du corps étranger et peut amener à poser l'indication d'une intervention chirurgicale. Rappelons les nombreuses évacuations spontanées obtenues par la méthode du Professeur Ombrédanne, d'ingestion de queues d'asperges.

Il faut aussi redouter, chez le nourrisson, l'intoxication par l'oxyde de carbone. Il peut s'agir d'un enfant laissé dans une pièce chauffée avec un poêle qui tire mal, ou un poêle porté au rouge (la fonte au rouge laisse passer l'oxyde de carbone) ou chauffée au gaz. Sur un fourneau de cuisine, le gaz peut être éteint par un liquide qui déborde d'une casserole ; un robinet peut être ouvert accidentellement par un autre enfant. Savoir aussi que le gaz brûle incomplètement sous une large surface plate et froide, une lessiveuse par exemple. Se méfier aussi des fissures des cheminées et éloigner de celles-ci les berceaux.

Les brûlures sont des accidents particulièrement graves chez le nourrisson. Elles peuvent être provoquées par une bouillotte trop chaude, une bouillotte qui fuit surtout, par du linge laissé trop près du feu et qui s'enflamme, etc...

Les chutes des petits enfants sont généralement sans gravité. L'enfant qui tombe de son berceau se fait rarement très mal (il peut prendre froid, toutefois, sur un carrelage). Cependant, ces chutes peuvent occasionner des fractures de la clavicule ou du fémur, qui entraînent de l'impotence du membre et donnent lieu, au bout d'une dizaine de jours, à un cal volumineux.

D'autre part, il est possible, en tirant trop fortement sur la main d'un nourrisson pour lui enfiler la manche d'une brassière, de provoquer un décollement épiphysaire. C'est un accident rare.

Dans un lit trop grand, un nourrisson peut être étouffé par les couvertures et les oreillers, les oreillers de plumes principalement. Il est arrivé quelquefois qu'un nouveau-né, pris dans son lit par sa mère, ait été étouffé par elle sans qu'elle s'en aperçoive, en dormant.

Parmi les accidents du nourrisson, nous mentionnerons le coup de soleil, chez un enfant oublié dans sa voiture, dehors, quand le soleil tourne, et le coup de chaleur, sous la capote d'une voiture chauffée au soleil. Quelquefois, dans une pièce très chauffée, un nourrisson peut présenter de l'hyperthermie, qui cède rapidement à l'aération de la chambre.

Une cause non négligeable des accidents chez le nourrisson au berceau est la présence d'autres enfants plus grands laissés seuls avec lui. Par maladresse, taquinerie, inconsciente jalousie même, les enfants plus âgés peuvent être à l'origine d'incendie, de traumatismes, etc., dont est victime le nourrisson.

De la connaissance des causes des accidents du nourrisson, découle leur prophylaxie. Les mères exerceront une surveillance constante sur les épingles et les broches à bavoir dont elles se servent. Il ne faut pas donner au nourrisson de bonbons à sucer et l'on tiendra éloigné de sa portée, les objets de petit volume ou pointus. Les jouets du tout jeune enfant ne seront jamais blessants ; ils seront arrondis, en caoutchouc, en celluloïd, en métal inoxydable, etc...

Le berceau sera stable, assez éloigné du feu. Son oreiller sera plat, en crin et jamais en duvet. Surveiller les appareils de chauffage, les fourneaux à gaz en particulier et tous objets inflammables laissés à proximité. Surveiller également soigneusement les bouillottes, qui devront être enfermées dans un sac de tissu de laine.

Ne pas faire à un nourrisson de frictions à l'alcool ou à l'eau de Cologne, surtout si elle est riche en alcool (intoxication alcoolique aiguë possible).

Ne jamais laisser les nourrissons seuls avec d'autres enfants plus âgés, de moins de 4 à 5 ans, sauf nécessité et si l'on connaît leur comportement habituel. Ne jamais faire coucher un nourrisson dans le lit de sa mère. En voyage, on peut trouver un panier, un tiroir de commode avec lequel on fera un berceau de fortune.

P. LACROIX.

(1) Dr J.-P. VERNES. — Sur quelques accidents fréquents chez le nourrisson et le petit enfant. Prophylaxie et premiers soins. (Thèse de Paris, 1942).

Livres récemment parus

Chez MASSON et Cie

R. SOHIER. — **La mononucléose infectieuse (adénolymphoïdite aiguë spécifique)**. Un vol. 138 p. avec 8 fig., 70 francs.

Professeur O. LAMBRET. — **La maladie post-opératoire.** ETUDE BIOLOGIQUE et ESSAI PROPHYLACTIQUE. Un vol. 94 p., avec 8 fig., 45 francs.

Pierre MALLET-GUY et Alph. VACHON. — **Pancréatites chroniques gauches.** Préface du Professeur Savy. Un vol. 196 p., 58 fig., 80 francs.

M. R. KLEIN et F. THIÉBAUT. — **Neuro-chirurgie d'urgence.** INDICATIONS ET TECHNIQUE. Préface du Professeur Clovis Vincent. Un vol. 66 p., 31 fig., 36 francs.

Maurice LARGET et J.-P. LAMARE. — **La maladie des opérés. « Maladie post-opératoire de Leriche »** ETUDE THÉORIQUE ET PRATIQUE. Préface du Professeur Leriche. Un vol. Collection « Médecine et Chirurgie. Recherches et applications », 120 p., 16 fig., 45 francs.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos des raticides à base de thallium

(M. PERROT ; 16-11-1943)

Le nombre des produits toxiques mis entre les mains des cultivateurs pour la destruction des rongeurs, insectes et autres parasites nuisibles à l'agriculture, augmente sans cesse ; corrélativement, s'élève le nombre des intoxications. Il conviendrait dans ces conditions, sans apporter une entrave réelle à l'emploi de ces produits, de réglementer leur manipulation et leur usage par des formalités d'application simple. M. Perrot propose qu'une Commission spéciale étudie cette question à l'Académie.

Influence de l'ingestion de levures sur le taux du glutathion sanguin

(MM. L. BINET et V. BONNET ; 16-11-1943)

Des travaux récents ont mis en évidence l'importance biologique du glutathion, non seulement dans les phénomènes d'oxydation, mais d'une façon plus étendue dans la nutrition générale. Nous connaissons aussi aujourd'hui le rôle protecteur du glutathion vis-*à-vis* de certaines intoxications et infections. Il pourrait être dès lors indiqué, dans certains cas, de chercher à relever ou à augmenter le taux du glutathion sanguin.

Expérimentalement, chez le chien, MM. Binet et Bonnet ont observé une augmentation importante du taux sanguin de cette substance après ingestion de levures. Ayant alors supprimé la levure, avec reprise du régime initial, ils ont vu le taux élevé du glutathion se maintenir quelques jours, puis revenir à son chiffre antérieur.

Eczéma solaire. Le problème de la diffusion dans les régions non insolées

(MM. GOUGEROT et DE GRACIANSKI ; 16-11-1943)

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 59 ans, chez lequel chaque été, de 1940 à 1943, s'est montré sur les régions découvertes (figure, cou, mains) un eczéma solaire suivi quelques heures plus tard d'un eczéma du même type apparaissant aux régions non insolées (membres inférieurs et supérieurs). La dermatose a guéri habituellement en deux à quatre semaines, le sujet conservant ensuite une sorte d'immunité pour le reste de l'été. Lors d'une poussée plus résistante, l'administration d'un antihistaminique a amené la guérison complète en cinq jours.

Pour expliquer la diffusion de l'eczéma en dehors des régions insolées, M. Gougerot se demande si l'on ne pourrait pas admettre l'existence d'une substance H eczématigène, née de la région insolée.

Dans une affection d'un ordre voisin (l'urticaire *a frigore*), Lehner a invoqué la formation locale d'une substance H urticarigène, qui, d'après Brown et Horton, appartiendrait au groupe histaminique.

Le mal de Pott cervical mélitococcique

(MM. L. RIMBAUD, LAMARQUE et SERRE, de Montpellier. — Présentation par M. LEREBOULLET ; 23-11-1943)

MM. Rimbaud et Lamarque ont signalé en 1933 l'existence d'un mal de Pott mélitococcique dorsolombaire. Ils rapportent aujourd'hui, avec M. Serre, deux cas de cette affection, à siège cervical. Le tableau clinique et radiologique est celui de la tuberculose vertébrale. Les auteurs notent cependant le peu d'intensité de la décalcification, l'absence d'effondrement total créateur de gibbosité, les localisations rachidiennes multiples. Ces éléments distinctifs ne manquent pas de valeur, mais il ne faut pas se dissimuler que, même chez un mélitococcique avéré, le diagnostic doit être soigneusement discuté, surtout à la période actuelle où la tuberculose vertébrale de l'adulte se révèle particulièrement fréquente.

Les applications biologiques des radio-éléments artificiels

(M. Frédéric JOLIOT ; 23-11-1943)

La destruction radicale des poux par une poudre chlorée

(MM. L. BORY et R. GLASSER ; 21-12-1943)

M. Bory emploie dans le traitement des poux de tête une préparation chlorée dont voici la formule :

Hexachlore-cyclohexane cristallisé........................	3 grammes
Parfum.....................	0 gr. 08
Poudre de talc. Q. S. pour.....	100 grammes

Sans lavage préalable, la tête est saupoudrée avec le contenu d'un sachet de 5 grammes de cette poudre, puis enveloppée d'un linge ou d'une serviette, qu'on laisse en place pendant toute la durée de la nuit. Huit jours après, on fait une nouvelle application, par mesure de sécurité.

Pour les traitements d'écoles ou de groupements, la serviette n'est pas indispensable, ce qui facilite les manœuvres d'épouillage. La poudre est diffusée avec les doigts dans l'ensemble des cheveux. Les enfants rentrent chez eux et gardent la poudre chlorée jusqu'au lendemain. A ce moment, un coup de peigne, un brossage pour détacher les lentes mortes et c'est tout. Après une application (deux applications dans les cas de chevelure grasse), les sujets sont débarrassés des parasites.

Alors que d'autres produits chlorés analogues, les trichlorobenzènes, les tétrachlorobenzènes sont toxiques ou caustiques, et dangereux à manier, le benzène hexachloré s'est montré toujours inoffensif, n'entraînant aucune irritation cutanée, aucun malaise.

Expérimentalement, les poux adultes sont tués en cinq heures . Les lentes, prélevées le lendemain de l'application, sont également stérilisées, vraisemblablement par diffusion du principe volatil au travers de la coque chitineuse.

MM. Bory et Glasser pensent, en conclusion, que rien de plus simple, de plus efficace, de plus pratique, n'existe à l'heure actuelle dans le traitement de ces phtiriases.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Fièvres typhoïdes à début par frissons

(M. PASTEUR VALLERY-RADOT et ses Collaborateurs 25-VI-1943)

Sur quinze fièvres typhoïdes à Eberth observées, sept ont débuté brusquement, en pleine santé, par un grand frisson ou des frissons répétés ; il en a été de même pour cinq fièvres paratyphoïdes B sur onze. On ne pouvait dès lors penser aussitôt à une affection typhoïde. Ce mode de début brutal ne s'explique par aucune condition étiologique spéciale ; il n'implique aucun pronostic.

Les modes d'action de l'électro-choc

(MM. J. Delay, P. Neveu et Deshaies ; 25-VI-1943)

Se basant sur une statistique de 4.000 électrochocs réalisés sur 385 malades, il paraît possible de distinguer deux actions essentielles de l'électrochoc : une action thymique ou affective s'exerçant électivement sur les états mélancoliques et maniaques, et une action noétique ou intellectuelle s'exerçant électivement sur les états confusionnels et oniriques.

Electro-choc et diencéphale

(M. J. Delay ; 25-VI-1943)

Le caractère même des résultats thérapeutiques de l'électrochoc, son action thymique essentielle et, d'autre part, son action sur les états confuso-oniriques, étroitement dépendants de la fonction hypnique, ont fait penser que son intervention s'exerçait par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs du diencéphale, de la région hypothalamo-hypophysaire, siège électif des régulations neuro-endocriniennes. Ainsi ont pu être individualisés les éléments d'un véritable syndrome neuro-végétatif du post-électrochoc, caractérisé par des perturbations des régions circulatoire, respiratoire, sanguine, thermique et surtout métaboliques. Ces perturbations répondent dans leur ensemble à une hypertonie neuro-végétative paroxystique, suivie de réactions en sens inverse, qui précèdent le retour à la normale, et correspondent à une phase d'atonie neuro-végétative. A cette origine basilaire peuvent être rattachés les amnésies de l'électrochoc et même son épilepsie, dont rien ne prouve l'origine corticale.

Eclatement d'une caverne soufflée sous-pneumothorax chez une femme enceinte ; disparition totale de l'image cavitaire

(P. Bourgeois et P. Tournier 18-VI-1943)

Il s'agit de l'éclatement subit d'une caverne soufflée secondairement à une section de bride. Mais, contrairement aux cas de perforation à la suite de soufflage de caverne antérieurement publiée, l'évolution au lieu de se faire vers la mort rapide, s'est faite vers une guérison en quelque sorte paradoxale.

Ce n'était pas une simple perforation, mais d'un véritable éclatement avec mise à plat de la caverne à l'intérieur de la cavité pleurale (contrôle pleuroscopique). Cette évolution favorable est d'autant plus frappante qu'elle s'est produite chez une femme enceinte, déjà très fatiguée.

Les effets de la restriction des boissons dans le diabète insipide humain

(R. Kourilsky, Lucienne Corre et A. Mignot ; 25-6-1943)

On attribue généralement à la déshydratation l'impossibilité pour les sujets atteints de diabète insipide (polydipsie et polyurie) de supporter la restriction des boissons. Mais les faits, recueillis par ces auteurs au cours de leur étude, les obligent à réviser ces données et leur explication physiologique ; un nombre important de diabètes insipides ont, en effet, pu supporter sans malaise excessif une restriction massive (9/10) et prolongée des boissons (24 heures à 8 jours), en régime déchloruré tout au moins. A part une altération du faciès, qui devient terreux et tiré, une élévation passagère de la température, une baisse momentanée de la tension artérielle, aucun dommage vital n'a été constaté. Ces données cliniques obligent à réviser complètement les bases physiopathologiques, d'après lesquelles était jusqu'ici conçu le diabète insipide chez l'homme.

G. F.

La Presse

Pronostic et traitement des méningites à pneumocoques par les sulfamides

R. Martin, B. Sureau, N. Bourcart et P. Babonot rapportent la guérison d'un cas désespéré de méningite à pneumocoques par la P-aminophénylsulfamido-2-pyrimidine, nouveau produit. On sait déjà que les sulfamides ont transformé le pronostic des méningites à streptocoques et à méningocoques; d'autre part, ils constituent indiscutablement le traitement le plus actif que nous ayons actuellement pour les méningites à pneumocoques ; cependant le pourcentage de guérison n'est pas aussi élevé que pour les cas précédents. Ici, le pronostic semble dépendre surtout de la forme évolutive de la maladie et de la richesse des germes dans le liquide céphalo-rachidien, mises à part des formes suraiguës, comateuses d'emblée, où le traitement reste sans effet quoi qu'il arrive. Pour diminuer le plus vite possible la richesse des germes, il faut d'emblée donner des doses très élevées du sulfamide le mieux toléré, à la limite de la tolérance, et prolonger le traitement longtemps pour éviter les rechutes. Une petite malade, âgée de cinq ans, présentait, dès qu'on augmentait les doses, quelle que soit la voie d'administration, des vomissements incoercibles et un état général inquiétant. C'est alors qu'on eut recours à ce nouveau produit, qui peut être administré à des doses énormes et permit d'obtenir une concentration en sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien de 64 milligrammes pour 100, chiffre jamais atteint jusqu'à ce jour. Cette thérapeutique devait amener rapidement la guérison; pendant neuf jours, la patiente absorba quotidiennement, outre 20 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 85 pour 100 de 1162F par voie rachidienne, 12 grammes de sulfa-pyrimidine et de méthyldiazine, plus 6 grammes de 1162F, soit chez cette enfant pesant 15 kilos, 1 gr. 20 par kilo de poids et par jour. Malgré ces doses énormes, le médicament fut bien toléré, le liquide devint limpide et les pneumocoques disparurent. Il s'agissait d'un pneumocoque particulièrement sulfamido-résistant, puisque les autres sulfamides employés (1162F, sulfathiazol) n'avaient pu agir efficacement. (*Paris médical*, 20 oct. 1943).

Les dangers des « pastis » et des boissons à base d'alcool méthylique

Les alcooliques invétérés cherchent, en l'état actuel, à assouvir leur vice en absorbant des boissons frelatées, fabriquées et vendues clandestinement ; elles sont à base d'alcool méthylique, encore appelé esprit de bois ou méthanol, à usage industriel. Le Docteur Derobert eut récemment l'occasion d'observer douze intoxications, dont dix furent mortelles. Deux lésions doivent spécialement attirer l'attention : d'une part, un œdème aigu pulmonaire généralisé, d'autre part, une hémorragie méningée, diffuse, abondante ; à l'autopsie, on trouve toujours une dégénérescence graisseuse hépatique. Les phénomènes cliniques, qui apparaissent brutalement, sont très rapidement mortels, accompagnés ou non de troubles oculaires, pouvant exister isolément et constituer à eux seuls toute la symptomatologie. Etant donné que le ralentissement des oxydations tissulaires est à la base de l'intoxication, on les activera par une saignée abondante, qui, en même temps, préviendra ou luttera contre l'œdème aigu ; on prescrira l'inhalation d'oxygène sous pression, les toni-cardiaques, et on utilisera avec intérêt la vitamine C, la vitamine B2, accélératrice des oxydations. (*Gaz. méd. de France*, novembre 1943). G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

NÉCESSITÉ D'UN ENSEIGNEMENT PRATIQUE SUR LES OBLIGATIONS QU'ENTRAINE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Notre ami, le Docteur Fernand DECOURT, a fait en janvier à la demande du *Bureau universitaire de statistique, branche d'information sur les carrières*, une causerie aux étudiants sur *la Profession médicale*. Nul n'était plus désigné pour traiter ce sujet que Fernand DECOURT. Fils de médecin de campagne, médecin de campagne lui-même, père de deux médecins distingués, il a rempli dans nos syndicats, toutes les fonctions et était, avant la guerre, le Secrétaire général de l'*Association professionnelle internationale des médecins*, dont les enquêtes qu'il dirigeait permettaient de comparer la pratique de l'exercice de la médecine dans les divers pays.

Ce n'est pas la première fois que l'on tâche d'intéresser les étudiants en médecine à la connaissance des conditions de l'exercice de leur profession. Nous-mêmes, en 1902, avons écrit dans le numéro des Etudiants du *Progrès médical* quelques pages intitulées : *Les débuts dans la vie médicale* où nous tentâmes d'initier les futurs médecins aux difficultés de la pratique de leur profession. Plus tard, en 1908, précurseur de F. DECOURT, à la demande de l'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris*, nous inaugurions avec le Docteur LE FUR, rue Dante, des causeries sur le même sujet. Nous écrivîmes des *Conseils à l'Etudiant en médecine qui remplace un médecin praticien*, conseils publiés dans *la Revue de Déontologie*, organe de l'Association corporative.

En 1911, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, nous documentâmes sur sa demande le Docteur Clément RABERE, de Paulliac, qui fit quatre conférences aux membres de l'*Association corporative des Etudiants en médecine de Bordeaux*, conférences, présidées par le Professeur ARNOZAN, qui furent publiées dans *La Province médicale* (numéros du 1er juillet, 12 août, 22 septembre et 14 octobre 1911).

Or ces causeries et ces conférences, malgré le soin que les auteurs mirent à les composer, n'eurent qu'un médiocre succès. Elles s'adressaient aux étudiants de dernière année qui étaient accaparés par le souci de la préparation des examens et qui les considéraient comme un hors-d'œuvre sans importance.

Or, le développement qu'a pris la médecine sociale et les complications qui s'ensuivent pour exercer la profession durant ces dernières années, obligeront les Facultés de médecine à modifier leur enseignement et à donner à la pratique de l'exercice de la médecine la place qu'il convient dans les études médicales.

Nous voudrions que l'enseignement de la médecine sociale ne se bornât pas à de vagues leçons dans les cours d'hygiène et de médecine légale. A la Faculté de Paris, il y eût pendant quelques années une chaire de médecine sociale, fondée pour le Professeur CROUZON ; elle fut supprimée après la mort de ce dernier. Or, il serait nécessaire d'organiser dans les Facultés non seulement des conférences, mais des travaux pratiques qui ne se borneraient pas aux diverses branches de médecine sociale, mais à l'exercice pratique de la médecine. Cet enseignement, pour être suivi, serait sanctionné par un examen. On demanderait aux candidats de rédiger un certificat pour l'internement d'un aliéné, ou un certificat prénuptial, ou encore un certificat de constatation d'accident du travail, etc., etc... On leur demanderait en outre la rédaction des fiches telles, par exemple, que celles qui sont envoyées à l'inspection médicale des écoles.

Nous voudrions encore plus : notamment des conférences de comptabilité professionnelle où l'on apprendrait au futur médecin à appliquer les divers tarifs et à se servir de la nomenclatur pour rédiger ses notes d'honoraires, à calculer sa déclaration pour l'impôt sur le revenu, etc. Toutes choses qu'il est indispensable que le médecin praticien connaisse, et dont l'ignorance lui réserve de cruelles déceptions durant les premières années de son exercice.

Ajoutons à cela quelques conférences facultatives sur nos Sociétés de Prévoyance et de Bienfaisance confraternelles.

Au lieu de cela, nous constatons qu'à Paris comme à Lyon, à Montpellier et à Toulouse, les professeurs de médecine légale et d'hygiène *peuvent* traiter si le cœur leur en dit, dans leurs cours des questions de Déontologie et de Médecine sociale, mais que rien de régulier n'est prévu ; que cependant à Marseille, la médecine du travail fait l'objet d'un cours complémentaire ; qu'à Lille, la médecine sociale fait officiellement partie du cours de médecine légale et qu'il y est ajouté un cours complémentaire de déontologie.

A la Faculté libre de Lille, il y a une chaire d'Apologétique et de Déontologie, nous croyons que l'Apologétique a plus de rapport avec la théologie qu'avec la médecine.

Nous espérons que l'enseignement officiel de la médecine sortira un jour prochain de ce chaos et que les réformateurs songeront que le médecin ne doit pas être seulement un docteur instruit, mais un praticien capable d'appliquer les connaissances qu'il acquit à la Faculté.

J. NOIR.

LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX SONT-ILS COMPÉTENTS EN MATIÈRE DE CONFLITS D'HONORAIRES ?

Cette question nous est fréquemment posée par des Présidents ou Secrétaires généraux de Conseils collégiaux saisis de « plaintes » dans ce domaine. Une autre interrogation suit généralement : « Si nous sommes compétents, comment donner régularité et force exécutoire à nos décisions ? » C'est le problème des *pouvoirs arbitraux* de l'Ordre qui est ainsi soulevé.

Dans un précédent article (1), nous avons analysé la juridiction arbitrale comme un attribut de l'Ordre des Médecins, création au moins implicite de la loi du 10 septembre 1942. « Son utilité est considérable, disions-nous, pour apaiser les conflits entre confrères ». Cette utilité n'est pas moindre dans les discussions entre clients et médecins. Distinguons selon que ces conflits naissent en clientèle libre ou en clientèle sociale.

I. — EN CLIENTÈLE LIBRE

A) *Compétence du Conseil collégial.* — Depuis la loi du 10 septembre 1942 (art. 7 et 40) seul le Conseil régional est maintenant compétent pour juger « les

(1) *Concours médical*, 1er avril 1943, page 280.

médecins prévenus d'avoir manqué aux règles de l'honneur, de la moralité, de la discipline ou aux devoirs de leur profession tels qu'ils résultent des lois et règlements, ainsi que des dispositions du Code de Déontologie ». Donc, nous dira-t-on, s'il y a *plainte* et plainte généralement basée sur un prétendu manquement aux articles 18 et suivants du Code de Déontologie, il y a mise en œuvre de la juridiction disciplinaire et le Conseil Collégial, incompétent, doit automatiquement se dessaisir au profit du Conseil régional.

Une telle manœuvre mettrait le Conseil Collégial à l'abri de toute responsabilité, mais serait, selon nous, une solution de facilité, qui, ne répondant ni aux véritables intentions du client, ni à l'intérêt des médecins, ne constituerait pas de la bonne justice.

Le Conseil Collégial a été saisi d'une « plainte » par un quidam. (On conçoit mal un médecin prenant l'initiative de soumettre au Conseil collégial une difficulté avec un client mauvais payeur : les tribunaux sont là pour quelque chose). Le Conseil Collégial doit-il systématiquement transmettre cette plainte au Conseil régional, sans l'avoir examinée ? Doit-il au contraire l'instruire afin de se rendre compte si elle est fondée et si elle justifie une éventuelle sanction ? La question est discutable ; nous estimons, pour notre part, que *l'instruction doit en être faite* : les rôles du Conseil régional ne devant pas être encombrés de plaintes qui se révèleraient fantaisistes. Le Conseil collégial a donc un rôle analogue à celui du juge d'instruction. Son pouvoir d'appréciation est-il discrétionnaire ? Non. Outre l'exercice d'un recours hiérarchique devant le Conseil national, puis devant le Ministre de la Santé, il resterait au plaignant éconduit, la possibilité de saisir de l'incident le Conseil régional, ce qu'il aurait déjà pu faire.

Mais, fréquemment, le plaignant ne sera pas repoussé. Après étude du dossier, le Conseil Collégial pourra lui faire comprendre que, sans présenter le caractère d'une infraction disciplinaire sur laquelle lui, Conseil collégial, n'aurait pas compétence pour statuer, la difficulté aurait chance, grâce à ses bons offices d'être liquidée à l'amiable.

Une intervention du Conseil Collégial dans ce sens est-elle opportune ? Certes, car souvent il n'aura pas été saisi par le client d'une *véritable plainte*, mais d'une réclamation, d'une demande d'avis. Le client qui s'estime « écorché » par son médecin veut, avant de régler, connaître l'opinion des pairs dudit médecin ; ce qui l'intéresse, ce n'est pas tellement de provoquer contre celui-ci une éventuelle sanction, c'est de savoir si ce qu'on lui réclame n'est pas excessif et, en cas d'abus, d'obtenir une réduction d'honoraires. Vouloir donner à un tel incident une suite disciplinaire serait sevrer le client du résultat tangible par lui recherché. Vis-à-vis du Corps médical par ailleurs, il convient d'éviter de « correctionnaliser » les moindres faits et gestes, sous peine de provoquer un mécontentement général bien excusable. *En pareil cas, le Conseil Collégial peut et doit donc tenter de retenir l'affaire.*

Dans l'article visé plus haut, nous suggérions que la juridiction arbitrale différenciée dont nous préconisions l'institution fût confiée au Conseil régional ou à l'un de ses membres délégué. On pourrait être tenté de nous mettre en contradiction avec nous-mêmes. Mais, conflit entre confrères et conflit entre client et médecin, se développent dans un climat différent et n'obéissent pas aux mêmes règles. Toute discussion entre confrères intéresse la discipline du Corps médical ; elle est donc du ressort exclusif du Conseil régional. Il en est autrement, nous l'avons vu, pour les difficultés d'honoraires entre médecin et client. Sans aucune atteinte à la discipline médicale, un conflit pécuniaire seulement, peut surgir dont la solution gagnera à être confiée à un arbitre librement choisi par les parties et apte à leur rendre d'autant plus de services qu'il sera plus proche d'elles.

B) *Procédure à suivre.* — Mais aucun texte ne donne expressément une telle mission d'arbitrage au Conseil Collégial. Les règlements intérieurs élaborés par le défunt Conseil supérieur ne sont pas utilisables dans ce domaine ; les arrêtés prévus par la loi du 10 septembre 1942 sont encore dans les limbes. C'est donc actuellement au seul Conseil Collégial qu'il appartient de prendre toutes précautions utiles pour assurer la régularité de ses décisions.

Où doit-il chercher les directives nécessaires ? Dans les articles 1003 et suivants du Code de Procédure civile, qui réglementent la procédure d'arbitrage et auxquels nous conseillons aux Conseils collégiaux de se reporter.

1° L'arbitrage, dans chaque cas doit être *volontaire*, c'est-à-dire librement et expressément accepté par chaque partie.

2° Il doit être précédé de la rédaction d'un *compromis* fait soit par procès-verbal devant l'arbitre choisi, soit par acte notarié, soit par acte sous seing privé. Ce compromis est un acte important, car *c'est lui qui donnera compétence au Conseil Collégial.* C'est lui qui fera la preuve de la volonté formelle des parties de recourir à l'arbitrage.

3° Le compromis doit indiquer, à peine de nullité, l'*objet du litige* et *le nom du ou des arbitres.*

Le Conseil Collégial tout entier peut-il être pris comme arbitre ? En principe, a décidé la jurisprudence, la désignation d'un être collectif, par exemple de la Chambre des Notaires, satisfait au vœu de la loi. L'arbitre choisi pourra donc être le Conseil du Collège tout entier, mais il nous semble préférable, parce que d'un mécanisme moins lourd, de désigner soit le Président du Conseil, soit l'un des membres qui serait spécialement délégué aux fonctions arbitrales. Dans le cas où le Conseil entier aurait été choisi il faudrait, *à la condition que cela ait été prévu dans le compromis,* nommer un *rapporteur* pour instruire l'affaire, mais la décision arbitrale devrait être rendue par le Conseil tout entier, statuant selon les formes habituelles.

4° Il serait prudent de *fixer un délai aux arbitres* pour le prononcé de leur sentence, à défaut de quoi leur mission expirerait au bout de trois mois.

5° Les parties et les arbitres doivent, sauf stipulations contraires du compromis, suivre dans la procédure *à peine de nullité les délais et formalités imposées pour les tribunaux* (notamment en ce qui concerne l'instruction et les moyens de preuve : enquête, expertise, comparution personnelle, discussion contradictoire des thèses en présence). Il ne faudrait donc pas suivre l'exemple de certain Conseil Collégial qui, ayant accepté d'arbitrer un différend entre deux confrères et ayant désigné un rapporteur, se borna à adopter les conclusions du rapport rédigé après audition séparée des parties, sans que ce rapport ait été communiqué aux médecins en conflit et sans qu'aucun débat contradictoire ait été institué. Une telle sentence était évidemment nulle et sans aucune valeur coercitive. Les médecins en cause l'ont bien fait voir au Conseil Collégial.

6° Le compromis pourrait cependant donner à l'arbitre choisi la qualité d'*amiable compositeur.* Celui-ci est alors dispensé de suivre les règles du droit et les formalités de procédure. Il peut suivre, pour régler l'affaire, la seule impulsion de sa conscience et les règles de l'équité.

7° Chaque partie doit produire ses moyens de défense et ses pièces *quinze jours au moins avant l'expiration du compromis.*

8° La décision doit être signée par chacun des arbitres.

9° Le jugement arbitral est, sauf *conventions contraires, susceptible d'appel*. Cet appel est, sauf stipulations contraires, porté, suivant l'importance de la somme en litige, soit devant la Cour d'appel, soit devant le Tribunal civil. Mais, les parties peuvent : a) *renoncer à toute voie de recours* (ce sera le cas notamment quand elles auront nommé l'arbitre amiable compositeur) ;

b) soit déroger à la règle posée par l'art. 1023 du Code de procédure civile, et *attribuer compétence dans le compromis à de nouveaux arbitres* nommément désignés. Ces nouveaux arbitres pourraient être soit le Président du Conseil régional, soit le Conseil régional, soit un délégué du Conseil national. Si, en première instance, l'arbitre choisi a été un délégué du Conseil collégial, elles peuvent décider d'aller en appel devant le Conseil collégial tout entier.

Toutes ces formalités ayant été observées, l'effet de la sentence arbitrale est celui d'un *véritable jugement*, avec force probante, autorité de chose jugée et force exécutoire après qu'elle aura été revêtue de l'*exequatur* par ordonnance du Président du Tribunal civil. Il n'est alors plus possible à l'une ou l'autre des parties de se soustraire à l'exécution de la sentence.

II. — En clientèle sociale

Les pouvoirs arbitraux considérables que nous avons reconnus au Conseil Collégial en clientèle libre sont-ils aussi étendus dans le domaine de la clientèle sociale ? Nous ne le pensons pas. Des textes spéciaux existent en effet pour chacune des branches de la médecine sociale, auxquels la loi du 10 septembre 1942 (art. 45) se réfère expressément : « *L'action disciplinaire du Conseil de l'Ordre ne fait pas obstacle... aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en vertu de lois spéciales en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales* ». Par conséquent, outre le recours disciplinaire pur, les organismes sociaux ont à leur disposition, une procédure réglée par la loi.

En matière d'Assurances sociales, c'est le contrôle technique régi par l'art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 et par l'art. 16 du R. A. P. du 19 mars 1936 : c'est-à-dire exercice du contrôle et constatation des infractions par les soins du Conseil collégial, puis transmission au Conseil régional pour décision en première instance ; en appel, intervention de la Chambre de discipline du Conseil National, puis, au sommet, de la Commission supérieure de contrôle.

En matière d'accident du travail, c'est le contrôle régi par l'art. 4, par. 2 de la loi du 9 avril 1898 modifiée : savoir, à la base intervention du Conseil collégial, puis du Conseil régional, puis de la Chambre disciplinaire du Conseil National, puis, coiffant le tout, de la Commission de Contrôle. En matière de soins aux pensionnés de guerre, mise en œuvre de la Commission départementale de contrôle, et en appel, de la Commission supérieure.

Dans chacune de ces procédures, l'intervention du Conseil collégial, quand elle est prévue, n'est *ni disciplinaire, ni arbitrale*. Comme pour les conflits en clientèle libre, le Conseil collégial s'acquitte seulement d'un rôle de juge d'instruction.

Un effort peut-il être tenté par l'une ou l'autre des parties en cause pour lui attribuer compétence arbitrale afin de résoudre les incidents entre les Caisses d'Assurances sociales par exemple et les médecins ? Nous le pensons. Les Caisses connaissent surtout le Conseil collégial avec lequel elles contractent. C'est à lui qu'elles ont tout naturellement recours en cas d'infraction, comme étant l'organisme le plus proche et le plus facile à saisir.

Dans quelles conditions réaliser cette attribution de compétence ? Une clause introduite dans les accords existant actuellement entre Caisses et Ordre serait nulle, comme compromissoire, toute stipulation de ce genre étant prohibée en matière civile. Par contre, si des conventions collectives du type de celles qui ont été préconisées dans notre dernier numéro (1) pouvaient être signées, il serait facile d'y comprendre une clause réservant formellement à l'arbitrage du Conseil collégial la solution de tous les conflits d'honoraires ne présentant pas un caractère de gravité disciplinaire. Il faudrait seulement que la réforme de la loi sur les Assurances sociales, nécessaire pour donner base légale à ces conventions collectives, contînt une disposition spéciale autorisant l'insertion d'une telle stipulation.

En attendant cette réforme, Caisses et Ordre pourraient, sans en faire l'objet d'une convention expresse, prendre l'habitude de soumettre chaque conflit de ce genre à une tentative de conciliation dont serait chargé un organisme paritaire composé d'un représentant de la Caisse d'Assurances sociales (le médecin conseil par exemple) et d'un membre du Conseil collégial. De telles méthodes ont été utilisées avant la guerre par certains Syndicats médicaux et certains organismes d'Assurances sociales, dans le Rhône notamment, pour résoudre les difficultés déontologiques résultant du contrôle médical des Assurances sociales. Mais cette procédure de *conciliation* et non d'*arbitrage* ne saurait comporter le prononcé d'une décision entraînant versement d'une somme d'argent de part ou d'autre. Il serait d'ailleurs difficile qu'il en fût autrement puisqu'il n'y a pas, entre les Assurances sociales et les médecins, de relations pécuniaires directes.

Conclusion

La procédure arbitrale que nous avons étudiée est une arme puissante entre les mains du Conseil collégial.

Les principes essentiels suivants ne devraient jamais être perdus de vue par celui-ci : Une telle procédure, faite pour régler des divergences d'intérêts de nature strictement privée, ne doit aboutir qu'à des décisions, d'ordre exclusivement pécuniaire (sauf le cas de conciliation en matière sociale).

Jamais une sentence arbitrale ne devra contenir d'injonction sous peine de sanction disciplinaire. Elle devra simplement dire si oui ou non, dans tel cas particulier, le chiffre d'honoraires demandé par le médecin était raisonnable, ou s'il doit être réduit, et dans quelle proportion.

Le Conseil collégial ne devra jamais pouvoir encourir le reproche — surtout de la part d'organismes sociaux quand la procédure arbitrale sera possible —, d'user systématiquement d'un tel moyen pour étouffer une affaire susceptible de développement disciplinaire. Chaque fois que l'incident posera une question sérieuse de moralité ou de discipline, il lui faudra donc s'effacer devant le Conseil régional.

Enfin, il y aura lieu de suivre jalousement les formalités légales. Aussi, en attendant la parution des textes législatifs ou réglementaires nécessaires, est-il souhaitable que le Conseil national veuille bien mettre au point une formule de compromis-type destiné à être diffusée dans tous les Conseils collégiaux. Dans chaque cas particulier ceux-ci pourraient s'y référer, en l'assouplissant dans la mesure nécessaire. On assurerait ainsi aux décisions arbitrales des Conseils collégiaux, par un cadre tutélaire, régularité et force exécutoire. On les aiderait ainsi grandement dans une tâche souvent lourde.

P. Douriez.

(1) *Concours médical*, 1er mars 1944, page 131.

LA LOI SUR LES LOYERS DU 1er FÉVRIER 1944

Le *Journal officiel* du 6 février a publié une nouvelle loi sur les loyers des locaux d'habitation ou à usage professionnel, datée du 1er février 1944. Elle ne modifie pas sensiblement la législation antérieure et son intérêt est assez limité, puisque son application doit cesser le 1er juillet 1944. Ce n'est qu'une loi de circonstance, destinée à remédier dans une certaine mesure aux obscurités de la loi du 30 mai 1943 et à assurer le maintien des situations acquises jusqu'à ce qu'intervienne la loi, vainement attendue déjà le 1er juillet dernier, et qui doit, avant le 1er juillet prochain, donner une nouvelle assise aux rapports entre bailleurs et locataires pour une période sans doute assez longue.

La loi contient deux dispositions principales distinctes et sans liaison entre elles.

Dans la première, qui fait l'objet de l'article 1er, elle précise quelles sont les prestations et fournitures particulières faites au locataire, qui, aux termes de l'article 10 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 30 mai 1943 « *ne sont pas considérées comme charges* » et, comme telles, peuvent être récupérées sur les locataires, sans que joue en ce qui les concerne la taxation rigide du loyer et des charges à leur montant au jour du terme qui a précédé le 30 juin 1943.

Ce sont, d'une part : l'eau, le gaz, l'électricité, le chauffage ; d'autre part : la taxe d'enlèvement des ordures ménagères, la taxe de déversement à l'égoût et la taxe de balayage. Et la loi précise que ces dispositions sont interprétatives de l'article 10 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 30 mai 1943, ce qui signifie que les propriétaires sont autorisés à demander le remboursement de ces prestations et fournitures particulières depuis le terme de juillet 1943. Ceux qui ne les ont pas encore réclamées pourront donc adresser un rappel à leurs locataires.

Mais il importe de souligner que ces augmentations ne sont pas dues par *tous* les locataires indistinctement. Seuls peuvent être appelés à les supporter ceux qui habitent des locaux soumis à la législation spéciale des loyers résultant de la loi du 1er avril 1926 et dont les locations sont prorogées ou expirées, ou bien encore ceux qui contractent de nouvelles locations dans les locaux ci-dessus définis. Quant à ceux qui habitent des locaux non soumis à la loi de 1926, cette disposition de la loi nouvelle ne les concerne pas. Et il en est de même, estimons-nous, pour certaine catégorie de locataires qui, cependant habitent des locaux construits avant le 1er août 1914 dans les villes où la loi du 1er avril 1926 reste en vigueur. Nous citerons notamment les locataires qui jouissent encore d'un bail ferme ou d'une location verbale non dénoncée, et pour qui le contrat reste toujours la loi des parties sans pouvoir recevoir de modifications en dehors de l'accord des co-contractants, et aussi, si nous nous référons à la jurisprudence résultant d'un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 29 juin 1943, publié dans la *Gazette du Palais* du 17 juillet 1943, les locataires qui, ayant été mobilisés au cours de la guerre 1939-1940, sont maintenus de plein droit en possession jusqu'au terme d'usage qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités, *aux conditions même du contrat venu à expiration sans aucun changement.*

L'article 2 qui, lui, se passe de commentaires, se borne à assurer le maintien en possession de plein droit, jusqu'au 1er juillet 1944, sans l'accomplissement d'aucune formalité et nonobstant toute décision judiciaire non encore exécutée, de tous les locataires, sous-locataires et cessionnaires qui occupent de bonne foi des locaux d'habitation ou à usage professionnel, à charge d'occuper effectivement les lieux, sauf motif légitime, par eux-mêmes ou par les personnes vivant habituellement à leur foyer. De la sorte, des expulsions seront évitées dans la période d'attente qui doit précéder la loi définitive actuellement en préparation.

Enfin, l'article 3 décide que les contestations relatives à l'application de l'article 1er seront jugées conformément aux règles de compétence et de procédure fixées par la loi du 1er avril 1926, tandis que les contestations relatives à l'application de l'article 2 le seront conformément aux règles de compétence et de procédure tracées par le décret du 26 septembre 1939.

Henri MEILLET.

HOPITAUX CANTONAUX

Nous envisagerons sous ce titre, la situation des hôpitaux de petite ville dans leur ensemble. Dans le cadre des hôpitaux publics, ces petits hôpitaux constituent un groupe très spécial pour lesquels il se pose une série de problèmes très particuliers. Au point de vue chirurgical, il est indispensable que ces hôpitaux soient entièrement réorganisés, car il y règne l'anarchie la plus totale.

Si on envisage la situation actuelle, on remarque qu'il n'existe aucune coordination dans l'organisation sanitaire d'une région. Il n'y a aucun parallélisme entre la qualité de l'organisation hospitalière et l'importance de la localité.

De très petites communes ont construit de grands services de chirurgie dans lesquels il n'y a souvent ni malades ni chirurgien. Par contre, des villes importantes ont des organisations hospitalières nettement insuffisantes. Le dernier règlement est un progrès indiscutable dans le sens de la coordination, mais tous les pouvoirs sont entre les mains du directeur régional qui est peu au courant des besoins locaux. Une Commission régionale dans laquelle le Corps médical serait largement représenté serait une formule plus logique. Cette Commission aurait à la fois un rôle d'organisation et de surveillance. En effet :

1° L'importance de la formation hospitalière doit être proportionnée à l'importance des besoins locaux.

2° Les circonscriptions hospitalières doivent être entièrement révisées. Les malades doivent être dirigés sur l'hôpital le plus proche sans que la limite d'un département ou d'un arrondissement soit une entrave à une telle organisation.

3° Il doit être créé une organisation de surveillance qui veillera au fonctionnement de ces hôpitaux cantonaux — qui jugera les fautes professionnelles qui auront pu être commises.

Les Commissions administratives ne sont nullement qualifiées pour remplir un tel rôle.

Dans le fonctionnement d'un hôpital cantonal du point de vue chirurgical, on peut envisager trois éventualités :

1° Le service est assuré par un chirurgien qui n'habite pas la localité ;
2° Le service est assuré par un médico-chirurgien ;
3° Il existe sur place un chirurgien de métier.

1° *Le service est assuré par un chirurgien qui n'habite pas la localité.*

Le plus souvent, le chirurgien se déplace unique-

ment pour y opérer ses malades, les soins post-opératoires sont assurés, soit par le médecin traitant, soit par un médecin du pays qui joue le rôle d'assistant.

Pour justifier une telle pratique certains affirment que les urgences chirurgicales guérissent plus régulièrement lorsqu'elles sont opérées sur place. En réalité, les malades trouvent presque toujours un cercle chirurgical dans un rayon d'une trentaine de kilomètres. Il suffit de créer une bonne organisation d'ambulance pour que le problème du transport ne puisse plus présenter aucun inconvénient. Les véritables raisons sont uniquement d'ordre commercial et démagogique. Les municipalités les plus modestes ont le désir d'avoir un service de chirurgie. Les malades aiment à être opérés sur place. Le fait de venir dans un hôpital cantonal draine rapidement toute la clientèle d'une région. Autour des gros centres, le titre de chirurgien de ces petits hôpitaux est particulièrement recherché. Il est l'objet de compétitions qui sont plus souvent d'ordre politique que professionnel.

J'ai recueilli l'impression de chirurgiens qui opèrent dans de telles conditions. Ils ont tous une opinion peu favorable.

En urgence, le chirurgien est obligé de prendre toujours une décision immédiate et définitive. Pour un cas de diagnostic hésitant, il lui est impossible de pratiquer une mise en observation de quelques heures — d'avoir recours à des examens complémentaires. La prudence l'oblige à opérer la plupart des cas douteux, c'est-à-dire à faire un certain nombre d'opérations inutiles.

Pour l'acte opératoire, le chirurgien n'a ni ses aides, ni son personnel habituel. Mais c'est l'absence totale de surveillance post-opératoire qui condamne de façon absolue une telle organisation. Un opéré n'est vraiment surveillé que par l'opérateur lui-même. Un chirurgien surveille déjà très mal l'opéré d'un de ses confrères. Quant au médecin traitant, il n'a le plus souvent ni la compétence, ni le loisir de soigner de tels malades. Un collègue qui a une grosse expérience de cette chirurgie à distance m'écrit qu'il n'opère dans de telles conditions que les malades qui doivent guérir simplement. Il refuse de pratiquer des opérations importantes ou des opérations qui nécessitent des soins spéciaux. Il reconnaît que le triage en est très difficile. A mon avis, ce triage est impossible. Il n'y a pas une petite et une grande chirurgie, mais une chirurgie unique qui comporte des cas plus ou moins complexes, l'opération la plus simple pouvant entraîner la complication la plus inattendue et la plus difficile à traiter.

Nous pensons comme principe absolu que la charge d'un service hospitalier doit entraîner comme indispensable la visite quotidienne du service. Il est inadmissible qu'une municipalité puisse avoir le droit de faire fonctionner un service de chirurgie, si elle n'a pas à sa disposition un chirurgien susceptible d'assurer la visite quotidienne du service.

Si le chirurgien voisin pouvait assurer cette visite quotidienne, il n'y aurait aucune objection contre le fonctionnement d'un service dans de telles conditions. C'est une éventualité qui doit être bien exceptionnelle. En pratique, la suppression pure et simple de ces petits centres nous semble la seule formule logique.

2° *Le service fonctionne avec un médico-chirurgien* ;

Tantôt, il s'agit d'un chirurgien qui s'est formé lui-même à partir de la petite chirurgie. C'est une formule qui a été suffisamment discutée et condamnée pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Nous insisterons sur le fait que c'est l'anarchie qui règne dans les petits hôpitaux qui a permis à des médecins n'ayant aucune formation chirurgicale de faire de la chirurgie. Ce sont les malades de ces petits hôpitaux qui ont fait les frais de leur éducation.

Dans d'autres cas, ce médico-chirurgien est un chirurgien qui a reçu une éducation chirurgicale normale. Il y a un nombre non négligeable d'anciens internes de ville de faculté ayant fait leur internat en chirurgie qui exerçaient de façon active la médecine et la chirurgie. Souvent, il s'agit de chirurgiens installés dans des centres trop petits avec un rayon chirurgical insuffisant. Ils font de la médecine pour compléter leur activité. C'est une formule qui n'est pas souhaitable, mais c'est une situation de fait qu'il faut respecter.

3° *L'hôpital cantonal est la base d'un centre chirurgical ayant à demeure un chirurgien de métier.*

L'opportunité de supprimer ces petits centres a été discutée. Certains ont estimé qu'il serait préférable de grouper les chirurgiens en centres importants où chacun aurait une tendance plus ou moins marquée à la spécialisation. En réalité, la France est un pays agricole à faible densité de population. Les grandes villes sont peu nombreuses et très éloignées les unes des autres. En pratique, cette concentration chirurgicale nous paraît impossible. Pour les cinq départements normands en dehors du Havre, il y a deux villes qui seraient susceptibles de faire un centre chirurgical. Toutes les autres ne possèdent qu'un ou deux chirurgiens. L'existence de ces petits centres nous semble donc indispensable. Par contre, on ne doit faire fonctionner des services de chirurgie que dans les localités où un chirurgien de métier est susceptible d'avoir une activité suffisante en ne faisant que de la chirurgie. Cette question est d'actualité puisque le ministère de la Santé publique envisage la création de centres hospitaliers, c'est-à-dire d'hôpitaux ayant un centre chirurgical.

Nous avons vu que des chirurgiens de métier sont installés dans des centres insuffisants pour ne faire que de la chirurgie. D'autre part, de très petits hôpitaux ont créé des services de chirurgie et désirent être classés comme centres hospitaliers.

En milieu rural nous estimons qu'il faut cinquante mille habitants pour alimenter un service d'une cinquantaine de lits. C'est l'activité moyenne d'un chirurgien de métier. C'est sur cette base que doivent être organisés les centres hospitaliers.

Les hôpitaux cantonaux et la réforme hospitalière.

Les conséquences du nouveau règlement.

Le nouveau règlement n'est pas adapté au fonctionnement des hôpitaux cantonaux qui ont des conditions de travail et des besoins qui leur sont particuliers.

Si on envisage la situation hospitalière actuelle dans son ensemble, on fait les constatations suivantes :

— Dans les grandes villes, l'hôpital fonctionne essentiellement pour les indigents et les économiquement faibles. Les malades payants sont soignés dans les cliniques privées.

— Dans les petits centres, l'hôpital fonctionne essentiellement comme hôpital toutes classes, c'est à-dire qu'il a été construit et organisé pour recevoir toutes les catégories sociales à l'exclusion de toute autre organisation privée.

Cette sélection naturelle n'est pas le fait du hasard. Elle a des raisons profondes qu'il est important d'analyser.

— Dans une grande ville, l'hôpital fonctionne parfaitement avec les économiquement faibles. La clientèle payante préfère être soignée en clinique privée.

— Dans une petite ville, il est impossible de créer deux organisations, l'une pour les indigents, l'autre pour les malades payants et de donner à ces deux installations tous les perfectionnements désirables.

Un hôpital cantonal ne peut pas vivre s'il s'adresse uniquement aux indigents et aux économiquement faibles. Dans un hôpital cantonal, il est impossible d'organiser une clinique annexe selon la conception du nouveau règlement, c'est-à-dire une organisation autonome ayant son budget spécial. La seule formule logique est celle du véritable hôpital toutes classes, la salle commune étant réservée aux économiquement faibles, les première et deuxième catégories fonctionnant selon les règles de la clientèle normale.

Le nouveau règlement a bien essayé de faire une hiérarchie dans la clientèle hospitalière. Il a divisé les malades en trois catégories selon leur situation sociale. Or la troisième catégorie comprend en bloc tous les assurés sociaux, c'est-à-dire des gens de situation sociale très inégale qui ne sont pas nécessairement des économiquement faibles. Pour les non assurés sociaux, le plafond atteindra certainement celui des Assurances sociales . Les agriculteurs dont les revenus sont théoriquement nuls seront tous admis dans cette catégorie. Pratiquement, la presque totalité de la population pourra être soignée en salle commune. C'est le nivellement pur dans sa forme la plus monstrueuse. Dans un hôpital toutes classes, il existe une catégorie d'économiquement très faibles à qui on ne peut demander que des honoraires insignifiants. Malgré l'extrême modicité des prix, le paiement avant la guerre était souvent long et difficile.

Si on fait des catégories, il est élémentaire de mettre à part ces économiquement très faibles. Il serait scandaleux que la majorité de la population puisse être soignée dans de telles conditions.

Quant aux malades de 1re et 2e catégorie, il s'agit de malades de clientèle normale. Il est inadmissible qu'il puisse exister un tiers payant et un tarif limitatif.

Avec un tel règlement, le chirurgien est dans l'impossibilité absolue de rester uniquement avec un hôpital toutes classes. Un chirurgien d'un hôpital cantonal ne peut vivre que si chaque malade l'honore au prorata de sa situation sociale. Il existe, en effet une différence considérable entre l'activité d'un hôpital de grande ville et l'activité d'un hôpital cantonal.

Le chirurgien d'un hôpital de grande ville a des assistants, des internes. Il fait de la chirurgie en série. Il vient uniquement dans son service pour y exécuter des interventions à froid. Grâce à ses internes, il est déchargé de toute la petite chirurgie. Le chirurgien d'un hôpital cantonal opère essentiellement des cas isolés. La chirurgie d'urgence constitue la grosse partie de son activité. Toute la petite chirurgie est à sa charge. Si on applique aux deux formules le même tarif opératoire l'un aura sans fatigue une situation hospitalière importante, l'autre sera dans l'impossibilité absolue de vivre.

Ceci montre combien il est monstrueux d'avoir voulu faire un règlement unique pour tous les hôpitaux de France. C'est pour n'avoir pas voulu faire de distinction que le nouveau règlement est inapplicable. Il a voulu s'appliquer aux deux formules et ne s'est appliqué à aucune.

Il n'y a pas de solution mixte. Il est impossible de sortir du dilemme suivant :

— Ou le malade payant doit être soigné dans l'hôpital toutes classes. Ceci doit exclure toute autre organisation surajoutée, soit dans l'hôpital, soit en dehors de l'hôpital.

— Ou le malade payant doit être soigné dans une

formation spéciale soit dans l'hôpital (clinique annexe), soit en dehors de l'hôpital (clinique privée). Dans ce cas, il n'est plus question d'hôpital toutes classes.

Les deux formules sont défendables mais exclusives, une solution hybride n'a aucune signification.

A mon avis, les deux formations séparées doivent constituer l'organisation-type des *hôpitaux de grandes villes.*

L'hôpital toutes classes doit être l'organisation-type des *hôpitaux de petites villes.*

Dans les deux cas, les malades payants doivent être considérés comme des malades de clientèle normale, c'est-à-dire qu'il est inadmissible qu'il puisse être question de tiers payant et de tarif limitatif.

Dr Beauchef (Laigle).

SUITE AU LUTRIN DENTAIRE

Nous avions déploré, dans un précédent article, qu'aucune Faculté n'enseignât de façon vraiment complète l'art de la stomatologie. Nous avons été heureux d'apprendre depuis que cette spécialité avait une chaire de Clinique à Bordeaux, une chaire à Marseille, des Instituts à Lille et Nancy.

Bravo donc pour ces réalisations. Nous noterons toutefois qu'à peine la moitié des Facultés françaises peut faire état de telles institutions ; qu'une seule a cru pouvoir créer une chaire de clinique à enseignement complet : Bordeaux. Nous souhaitons que l'éclat de l'enseignement dispensé dans ces chaires et instituts attire les étudiants des régions moins favorisées et fournisse ainsi une solution, pour un bon laps de temps, à la pléthore médicale.

R. J.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Dernière session du Conseil national. — Le projet de retraite devant le ministère du Travail. — « La médecine sociale ». — Réforme de l'article 378 du Code pénal. — Le rationnement de l'électricité. — Les indemnités de déplacement en matière d'art. 64.

La session du Conseil National s'est tenue à Paris les 4 et 5 mars derniers.

Le Conseil a examiné les grandes questions qu'il avait en décembre portées à son ordre du jour et parmi lesquelles, les taxations fiscales, les rapports avec la Mutualité et la qualification des spécialistes ont particulièrement retenu son attention. Nous y reviendrons.

Le Secrétariat général vacant par suite de la démission du Docteur Thibaudet a été pourvu d'un nouveau titulaire en la personne du Docteur Deguy, récemment élu membre du Conseil par cooptation.

Tant au partant, avec qui le *Concours* a toujours entretenu les rapports les plus cordiaux, qu'à l'arrivant, ami de longue date de notre maison, nous adressons notre confraternel salut.

***

Dans un fort intéressant article publié par l'*Actualité sociale* de février 1944, M. Marc Gorecki a fort savamment étudié les institutions corporatives de prévoyance et de retraite. Bien que cette étude soit faite sous l'angle de la Charte du Travail, les principes qui y sont dégagés nous paraissent applicables

sans grandes retouches aux problèmes propres de la Prévoyance médicale.

L'auteur, comparant la répartition à la capitalisation, demande qu'on ne se laisse point séduire par la frappante simplicité du premier système, qui sous-entend la permanence du groupe, fait peser sur les jeunes générations de fort lourdes charges et n'offre de garanties que dans les régimes institués par la puissance publique. La capitalisation seule a le mérite du rendement, tient compte de l'effort individuel, et sauvegarde les droits des assurés en cas de crise ou de dépérissement du groupe.

« Au risque de décevoir quelques corporatistes impénitents », M. Gorecki, ne craint pas de dire qu'il ne réclame point de monopole pour l'institution corporative dans le sein de la profession.

Il souhaite enfin que les règles de placement des fonds actuellement en vigueur soient assouplies, et qu'une part importante du patrimoine puisse être investie dans les affaires privées d'intérêt public, et non point seulement en valeurs d'Etat.

Il n'était point mauvais de rappeler ces idées à l'heure où le projet de retraite et de prévoyance préparée par le Conseil National, franchissant le cap de la Santé publique, est actuellement soumis au Ministère du Travail.

D'après les quelques précisions qui ont été récemment publiées, ce projet paraît au reste avoir subi, depuis sa première rédaction, de sérieuses et heureuses modifications. La capitalisation, jusque-là honnie, y trouve enfin une large place sous le nom curieux d' « économie ». Remarquons seulement qu'elle est non plus individuelle mais « collective », ce qui fait moderne. On demande seulement à connaître la réalité financière et actuarielle qui se cache derrière ces nouveautés verbales.

On s'étonne également dans ces conditions que le libre-choix de la Caisse de capitalisation déjà réclamé par nous, ne soit point encore accordée dans la mesure même où l'on capitalise.

Enfin, l'on aimerait savoir par quels procédés pourra vivre un médecin de 65 ans n'exerçant plus et nanti d'une pension de 8 à 16.000 francs par an ?

Tout cela soit dit en passant, car le sujet est trop grave pour qu'on le traite aussi légèrement.

***

Le 25 février 1944, le Docteur Cibrie a fait une conférence à la Société médicale des Hôpitaux libres sur « *La médecine sociale* ». Nous regrettons vivement que le manque de place nous empêche d'en donner un compte-rendu plus complet.

La personnalité du conférencier s'est manifestée çà et là par quelques phrases typiques qui marquent bien sa pensée.

Tout d'abord, dit Cibrie, « La médecine sociale est communautaire, la médecine de soins est individuelle ». Puis cette remarque : « La médecine sociale pour être efficace et cohérente, dans son action doit s'appuyer sur des statistiques bien faites, notamment sur des statistiques de morbidité par régions géographiques ». Or ces statistiques n'existent pas en France et seraient pourtant assez faciles à créer. Plus loin, il signale qu'en matière d'hygiène, la propagande paie, il n'en veut pour exemple que les résultats obtenus par certaines Compagnies d'assurance sur la vie, en Amérique notamment, avant la guerre.

En passant, il signale son action en faveur de la création de Centres de diagnostics par le Corps médical, aidé ou non pécuniairement par les collectivités, — son projet pour la création d'une statistique de morbidité.

Parlant des Assurances sociales et de la Mutualité, il demande : que veulent ces deux collectivités ?

Les meilleurs soins — pour cela, il faut créer des centres de diagnostics. Trop souvent le médecin n'a pas à sa disposition ce qu'il faut pour faire un bon diagnostic, et partant, une bonne thérapeutique.

Des prix raisonnables — pour cela, il faut que le Corps médical fasse un effort de compréhension et accepte des tarifs préférentiels applicables à une catégorie très caractérisée d'assurés ou de cotisants mutualistes. Des conventions pourraient être passées pour un temps assez limité, avec une clause permettant d'élever le tarif préférentiel, car ce tarif devrait rester en rapport avec le coût de la vie.

Cette juste compréhension des désirs des collectivités doit entraîner, de la part de celles-ci, la suppression des organismes de soins créés par elles ou leur transformation en organismes de dépistage.

Enfin, le conférencier termine en affirmant que « demain, la Société sera à tendance communautaire » et qu'*il* faut en tenir compte.

Quant à nous, nous dirons : Les collectivités comprendront-elles ? L'Ordre des médecins comprendra-t-il ? ..... avant que l'Etat ne mette tout le monde d'accord !

* * *

Nous publions, d'autre part, le texte de la loi du 21 février 1944 qui a, une fois encore, modifié l'article 378 du Code pénal. Ce secret professionnel, tant de fois battu en brèche, il montre bien, n'est-ce pas, qu'il a la vie dure, puisque le législateur se préoccupe justement d'élever les peines d'amende destinées à frapper ceux qui l'auront violé !

Un autre point vaut d'être souligné : c'est la réapparition du membre de phrase « *ou par fonction temporaires ou permanentes* » qui, ajouté à l'art. 378 par la loi du 16 février 1933, avait été omis, sans doute par inadvertance, par le décret-loi du 20 novembre 1939.

Nous avions maintes fois déploré cette lacune qui empêchait d'imposer le secret professionnel à tous ceux qui remplissent même temporairement, une fonction leur permettant de connaître les secrets d'autrui : tels les jurés, les infirmiers ou infirmières bénévoles occasionnels, les membres des actuelles Commissions corporatives ou professionnelles qui champignonnent généreusement un peu partout, etc... Satisfaction nous est aujourd'hui donnée.

* * *

Certains quartiers de Paris réputés, nous dit-on, comme « résidentiels » sont gratifiés depuis quelques jours d'une innovation qui sent son fruit : le courant électrique leur est coupé de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures. Que, pour la plupart des usagers, la mesure soit sans grand inconvénient on l'admet : ils n'usent pas d'éclairage en plein jour, pas de chauffage parce qu'il leur en cuirait, et l'administration maternelle leur rend à point quelques watts parcimonieux pour préparer leur pitance de midi.

Il n'en va pas de même pour les médecins qui habitent ces quartiers distingués. La plupart d'entre eux font de 14 heures à 17 heures une consultation au cours de laquelle ils peuvent avoir besoin d'un instrument d'endoscopie, d'un électro-cautère. Bernique ! l'administration n'en veut pas.

Quant aux électro-radiologistes et aux praticiens employant les agents physiques, ils ont pour seul recours de faire patienter leurs clients jusqu'à l'heure fatidique, ou remettre les rendez-vous. Perte de temps et dérangement pour tout le monde.

La C. P. D. E. a pris les façons de l'époque : elle ordonne et réglemente dans l'absolu, du haut du monopole qu'elle détient. Méthode facile et simple. Mais

il serait moins simpliste d'observer quelques nuances.

Ce ne sont pas seulement les médecins, mais aussi les malades, c'est-à-dire le public, qui souhaitent une révision de ce règlement.

***

Un arrêté du 28 janvier 1944, ayant effet du 1er janvier 1944, a, nous dit l'*Officiel* du 5 février dernier, reproduit dans notre numéro du 1er mars 1944, « *fixé le taux des indemnités de déplacement allouées aux médecins appelés à donner des soins aux pensionnés de guerre, uniformément à 3 francs par kilomètre effectivement parcouru* ».

Nos confrères prendront note avec satisfaction de cette demi-mesure... de justice : 1 franc de plus par kilomètre en plaine et 0 fr. 75 en montagne ne sont certes pas négligeables. Mais l'on ne peut hélas ignorer, même sans être expert-comptable, que le prix de revient kilométrique *officiel* est au bas mot de 5 francs. Alors ? Alors une fois de plus, il est avéré que les générosités sociales sont surtout faites des deniers médicaux.

Et les indemnités fixes de 3 ou 5 francs allouées pour les déplacements dans les localités urbaines de plus de 50.000 ou de plus de 100.000 habitants, quand seront-elles augmentées ? Elles ont été fixées par le décret du 25 octobre 1922 modifié. Elles sont aujourd'hui dérisoires. Nous n'osons espérer qu'elles soient comprises au nombre des indemnités augmentées par l'arrêté du 28 janvier 1944... Ce serait à la fois trop beau et d'une orthodoxie réglementaire douteuse. Nous demandons, sur ce point notamment, un nouvel effort à Monsieur le Secrétaire général des Anciens combattants.

○ ○

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

Les admissions en clinique ou à l'hôpital sont-elles couvertes par le secret professionnel ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir prendre connaissance de la circulaire ci-dessous et me donner votre avis : savoir si elle ne constitue pas une infraction au secret professionnel et si elle doit être exécutée :

....

2° Pour faire suite à une lettre circulaire de M. le Secrétaire général à la Police, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me fournir à l'avenir les renseignements suivants sur les personnes admises dans votre établissement, qui ne sont pas domiciliées à N..

Nom, prénoms, date et lieu de naissance, nationalité, profession, adresse du domicile, lieu d'où ils viennent.

Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir ces renseignements dès l'hospitalisation des malades.

L'utilisation des carnets de fiches d'hôtel me semble tout indiquée à cet effet.

Signé : *Illisible.*

....

Dr B.

Réponse

La question que pose votre lettre du 19 courant est complexe et délicate.

Voici comment la chose se présente au point de vue juridique. Il est tout d'abord certain que les directeurs

d'hôpitaux, de cliniques ou de maisons de santé sont liés par l'obligation du secret résultant de l'art. 378 *du Code pénal au même titre que les médecins eux-mêmes. Ce principe résulte notamment, d'une manière implicite d'un arrêt de la Cour de Cassation (Ch. crim.) du* 16 *mars* 1893 *(D..P.* 1894, 1.137).

Mais l'interdiction de révélation, selon ce même arrêt, selon surtout les règles posées par celui du 13 *juillet* 1936, *ne concerne que « les faits secrets de leur nature ou par volonté du malade », c'est-à-dire ceux dont la divulgation serait susceptible de porter préjudice aux intérêts matériels ou moraux du malade.*

Dans ces conditions « le fait d'avoir été admis dans un hospice où sont soignés des malades atteints de diverses affections ne rentre pas dans la classe de faits dont l'art. 378 *interdit la révélation. En conséquence, le directeur d'un hospice interpellé par un juge d'instruction sur le point de savoir si un individu désigné y a été reçu, à quelle date il y est entré et quel jour il en est sorti, ne saurait refuser de répondre en se retranchant derrière l'art.* 378 *précité » (Cass. crim.,* 16 *mars* 1893). *(Dans le même sens, Ch. des req.,* 30 *avril* 1907). *Il en irait autrement, et le fait de l'entrée d'un malade dans une clinique ou un hôpital pourrait être considéré comme secret de sa nature, si ledit établissement était spécialisé, et si sa seule indication suffisait à faire connaître la nature de l'affection dont l'intéressé est atteint.*

En dehors des affections de nature confidentielle « la direction d'un hôpital peut être considérée comme tenue d'observer le secret professionnel dans les cas qui intéresseraient la sécurité des malades ou l'honneur des familles ». (Cass. crim., 16 *mars* 1893). *En particulier l'art.* 378 *interdit la révélation de tous les faits d'ordre paramédical plus ou moins en rapport avec la vie ou la santé des clients, comme la cause de leur blessure (rixe, duel, etc...). (Cass.,* 19 *décembre* 1885, *S.* 1886.1. 86).

Mais dans ces cas, le médecin ou le directeur d'hôpital ne se trouve-t-il point en face de deux devoirs contradictoires : garder le secret, ou dénoncer aux autorités publiques les faits délictueux dont il a eu connaissance ? L'obligation de dénoncer les blessés aux commissaires de leur quartier, imposée aux maîtres chirurgiens par l'Edit de décembre 1666, *et reprise sous une forme plus générale par les art.* 103 *à* 107 *du Code pénal de* 1810, *a été abrogée par la loi du* 28 *avril* 1832. *Il ne subsistait plus de cette obligation, jusqu'en* 1939, *que l'art.* 30 *du Code d'Instruction criminelle, aux termes duquel « toute personne qui aurait été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, est tenue d'en donner avis au Procureur de la République ». Toutefois, il faut bien remarquer que seuls les témoins du fait délictueux sont soumis à la règle de l'art.* 30. *Y échappent par contre tous ceux qui ont connu les dits faits postérieurement à leur accomplissement, par confidence ou tout autre moyen. Enfin, l'art.* 30 *pose une simple obligation morale dépourvue volontairement de toute sanction.*

Un décret-loi du 29 *juillet* 1939 *est venu donner aux anciens art.* 103 *à* 108 *du Code pénal un regain de vigueur et d'actualité, en obligeant à déclarer aux autorités militaires, administratives ou judiciaires, sous peine de graves sanctions, tout projet ou acte d'espionnage, ou toute activité de nature à nuire à la défense nationale. Ces textes paraissent difficilement applicables dans les circonstances actuelles.*

En conclusion, le directeur d'un hôpital non spécialisé ne peut en principe refuser à faire connaître aux autorités administratives ou judiciaires les noms des malades hospitalisés. Il n'en va autrement que si le fait de l'hospitalisation est secret par volonté du malade ou en raison des circonstances dans lesquelles il s'est produit. De toute manière, le directeur d'un hôpital n'est

jamais obligé de faire connaître automatiquement et d'une manière générale aux autorités de police les identités de ses hospitalisés. Cette obligation ne lui incombe que dans les cas où il en est régulièrement requis.

Une exception à cette règle a toutefois été apportée par l'Ordonnanee de police du 9 juin 1828, applicable au seul département de la Seine, *et toujours en vigueur actuellement, Aux termes de cette ordonnance « 16°. Le permissionnaire tiendra un registre sur lequel seront immédiatement inscrits les nom, prénoms, âge, profession, domicile de chaque pensionnaire, ainsi que la date précise de l'entrée et de la sortie ou du décès de chacun d'eux. Ce registre devra être présenté à toute réquisition de justice ou des inspecteurs des maisons de santé. 17°. Il adressera à la Préfecture de police dans les 24 heures de chaque entrée sortie, ou décès, un bulletin contenant les mêmes indications ».*

Si les autorités de police (préfet ou maire) de votre département agissant dans les limites de leurs pouvoirs, n'ont point pris de mesures analogues vous pouvez considérer la circulaire que vous avez reçue comme dépourvue de base légale, et devez vous contenter de communiquer aux autorités administratives ou judiciaires tous faits non confidentiels dans chaque cas particulier où vous en serez légalement requis.



Demandes et Offres

Nº 56. — A vend. microsc. Heinsoldt, 4 ocul. 3 obj. dont un immers. dispos. ultra microsc. même marque, le tt nf.

Nº 57. — A vend. table bascul. Massiot Molostat. Ecr. Dr Guichard, 63, allées Damour, à Bordeaux.

Nº 58. — A céd. app. diathermie ondes courtes, bistouri électr. monotherm Duflot. Ecr. Canagnan, à Quillan (Aude).

Nº 59. — Cherche Encyclop. médic. chirur. Pédiatrie, Mal. Infectieuses, Glandes endocrines, Sang, Neurologie. Dr Dromer, 52, rue du Gouvernement, Saint-Quentin.

Nº 60. — A céd. cause double empl., appar. diatherm. à éclateur à gaz, faisant diath., électrocoag. étincelage, avec access. Le tout en bon ét. Dr Bonnet, à Mortagne (Orne).

Nº 61. — On rech. employés n. recens. diplom. au cour. de la pharmacie et des Pts pharmac. S'adr. Speab, 15, rue de Rome, Paris.

Nº 62 — A céd. cause déc. cab. ophtalm. condit. opérat. assur. consult. à l'extér. S'adr. à Mme Pantel, 22, rue d'Avejan, à Alès (Gard).

Nº 63. — A [illegible] apr. déc. appar. radiog. av. access. et lampe [illegible] Le tt en très b. état. Ecr. Mme Lagarde, rue St-N[illegible]s, à Sablé (Sarthe).

Nº 64. — Jeune femme, veuve, fille de médec., secrét. médic. cherche situat. à Paris, journée ou demi-journ.

Nº 65. — Médec. désire achet. appareillage de radiodiagnostic, ainsi qu'un appareil de lampe *U. V.*

Nº 66. — Confrère évacué recherche poste chirurgical auprès hôpital ou clinique petite ville.

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-1
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE N[os] 14 et 15 SAMEDI 1er AVRIL 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

379 à 381 Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur Le N° 5 frs C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e). Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— Académie de médecine. *Elections.* — Le Docteur AMEUILLE a été élu membre titulaire dans la 1re section (*médecine et spécialités médicales*).

— MM. PAPIN, de Bordeaux, et LEPOUTRE, de Lille, sont élus correspondants nationaux dans la 2e division (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*), en remplacement de MM. Estor et Lambret, décédés.

— Faculté de médecine de Paris. — M. LANTUÉJOUL est nommé professeur de clinique obstétricale (Clinique Tarnier), en remplacement de M. Portes, transféré.

— Hôpitaux de Paris. *Concours d'assistant en médecine.* — A titre de mesure transitoire, un seul certificat d'enseignement scientifique sera exigé des candidats au prochain concours d'assistant en médecine, qui aura lieu à la fin de l'année 1944.

Pour les concours ultérieurs, les candidats devront justifier de deux des quatre certificats : bactériologie, anatomie pathologique, chimie biologique, physiologie et pathologie expérimentale, consacrant l'enseignement scientifique spécial institué à la Faculté de médecine.

Chacun des certificats suivants des licences de sciences : physiologie générale, chimie biologique, chimie générale, physique générale, biologie générale sera admis à équivalence avec l'un des certificats précités.

TARIFS DES ABONNEMENTS	
Tarif normal. 120 fr.	† Etudiants..... 80 fr.

— U. M. F. I. A. — Un grand nombre de médecins et d'amis des regrettés Présidents-Fondateurs de l'Union médicale latine (UMFIA) : Docteur DARTIGUES et Docteur BANDELAC DE PARIENTE, se sont trouvés réunis à la Messe-Souvenir célébrée à leur intention le 23 février, témoignant ainsi à quel point le monde médical sait demeurer fidèle à de grandes mémoires et à de grandes idées.

Reconnu au premier rang de l'assistance : S. E. le Consul d'Espagne, Madame TOURNON-BRANLY, Madame la Générale BOQUET, M. DALBY.

— L'Office de documentation médicale professionnelle et de remplacement du Conseil national de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris, rappelle aux médecins, aux internes des hôpitaux, nommés au concours, ainsi qu'aux étudiants ayant terminé leur scolarité, qu'il se tient à leur disposition pour des remplacements à Paris et en province, pour des périodes allant de quelques jours à la durée de l'occupation.

— « Médecine et Famille ». — *Femmes de médecins qui êtes en état de grossesse ou qui avez un enfant malade ou nettement sous-alimenté,* envoyez à « Médecine et Famille », 28, place Saint-Georges, Paris (IXe), une note de votre mari, attestant l'un de ces trois cas avec toutes précisions utiles (taille, poids, coefficient de Pignet). Dites la composition de votre famille. Vous pourrez éventuellement bénéficier de l'attribution d'une denrée hydrocarbonée (2.000 calories par boîte). (*Communiqué.*)

— L'Association Générale des médecins de France à ses bienfaiteurs. — *Caisse d'assistance médicale de guerre.* — L'Association Générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe), recommande d'urgence aux confrères généreux sa Caisse d'assistance médicale de guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement (Compte courant postal : Paris 186-07).

Elle remercie vivement les nombreux confrères

qui ont répondu si largement cette année à ses appels et ont permis soit d'envoyer aussitôt des subsides aux confrères infortunés, soit d'attribuer aux familles quelques mensualités réconfortantes.

L'Association Générale remercie aussi ceux qui, par son intermédiaire, comme le Docteur ROUSSEL pour les bourses familiales, songent à soulager les autres infortunes et elle se félicite, ainsi que d'autres œuvres, d'être bénéficiaire dans ce but charitable de nombreux legs importants, tels que les legs Abadie, Chaboux, Gille, Livon, Ollive, etc...

— **Dons.** — Les laboratoires Bailly, Debat, Roussel, Scientia et Théraplix viennent d'adresser chacun 10.000 francs à l'Association des médecins de la Seine pour secourir un médecin parisien ou une veuve de médecin dans le dénuement. Nos félicitations pour cet acte de générosité.

— **Comité d'organisation des maisons de santé privées.** — Le Comité vient de signer avec la Caisse mutuelle de prévoyance de la S. N. C. F., pour toute la France, une convention-type pour les soins en maisons de santé de chirurgie. Cette convention est la reproduction de la convention-type déjà signée avec la Fédération nationale des Caisses chirurgicales mutualistes, la Caisse centrale des Assurances sociales agricoles et plusieurs Unions régionales de Caisses d'Assurances sociales.

Ainsi, peu à peu, grâce à des efforts continus, un travail constructif se poursuit qui tend à normaliser les rapports entre maisons de santé et Collectivités.
(*Communiqué*).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Marie-Catherine LAMOTHE, septième enfant du Docteur Joseph Lamothe, de Roquefort (Landes) ; de Gilles DUSSERRE-TELMON, fils du Docteur Dusserre-Telmon, de Saint-Laurent-du-Pont (Isère) ; de Michel CLÉNET, troisième enfant du Docteur E. Clenet, de Villeréal (L.-et-G.) ; de Martine et Chantal LECOCQ, filles du Docteur R. Lecocq, de Jouy-le-Chatel (Seine-et-Marne) ; de Sabine BROCARD, fille du Docteur Raymond Brocard, de Langres ; de Bernard MALRAISON, fils du Docteur Pierre Malraison, de Nancy ; de Marie-Anne QUERMONNE, quatrième enfant du Docteur René Quermonne, de Caen; de Brigitte ALLEMAND, deuxième enfant du Docteur Maurice Allemand, de Cours (Rhône) ; de Jean-Luc LAMORIL, huitième enfant du Docteur Julien Lamoril, de Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais).

— **Fiançailles.** — Nous sommes heureux d'annoncer les fiançailles de M. Jean MIGNON, administrateur du *Concours Médical*, avec Mademoiselle Nadine BOISSEAU. Toutes nos félicitations et nos meilleurs vœux.

— **Mariages.** — On annonce le mariage de Monsieur Georges GAILLEMIN, externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Louis Gaillemin, sénateur des Vosges, avec Mademoiselle Janine PAYELLE ; du Docteur Louis BROCHARD, interne de l'hôpital de Versailles, avec Mademoiselle Hélène DEVÉ, fille du Docteur Charles Devé, de Paris ; de Monsieur Ernest COLLET fils du Docteur Collet, d'Uzel, avec Mademoiselle Jeannine BOSCHAT ; du Docteur ARRIGHI DE CASANOVA avec Mademoiselle Françoise DECARPENTRY.



— Le Docteur E. DAMEY, de Douarnenez, fait part du mariage du Docteur Alfred DAMEY, son fils, avec Mademoiselle Bernadette DASPRE.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul GUÉNIOT, professeur agrégé, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris ; du Docteur J.-A. TOUCHARD, médecin-chef honoraire des Chemins de fer de l'Etat ; du Docteur N. SOUYOULTZIS, de Boucé ; du Docteur Paul GROSSIER, de Saint-Fargeau (Yonne).

— Le Docteur Burill, de Neuilly-sur-Seine, fait part du décès de sa mère, Madame Veuve IVES-MARIE.

— Le Docteur Jean Ferriot, 7, rue A.-Cabanel, Paris, fait part du décès de son fils, Henri FERRIOT, 20 ans, à Darmstadt (Allemagne), le 5 février 1944.

L'exercice de la radiologie reste interdit aux non-médecins

L'*Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés communique* :

Le *Journal officiel* du 11 janvier 1944 avait publié un arrêté du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille qui donnait une liste d'actes dont l'exercice était désormais réservé aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine. Parmi ces actes étaient compris la prise de la tension artérielle, les ponctions veineuses, l'injection intra-veineuse, ainsi que l'*examen radioscopique* et *la prise de radiographie.*

Mais quelques jours plus tard, on pouvait lire dans le même *Journal officiel* du 5 février 1944 un rectificatif publié par le même Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille et ainsi conçu : « *Supprimer le troisième paragraphe ainsi conçu : l'examen radioscopique et la prise de radiographie* ».

Quelques médecins s'étaient émus après lecture de ce rectificatif et avaient cru pouvoir en conclure que l'exercice de l'électro-radiologie pouvait être pratiqué par des non médecins.

Mais l'étude des lois en vigueur montre qu'il n'en est rien. L'exercice de l'électro-radiologie est toujours régi par la loi du 16 mars 1934 ainsi conçue :

« *Loi tendant à compléter l'article* 16 *du titre* 5 *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine* :

Article unique : *L'article* 16 *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine est complété par l'additif suivant : (exerce illégalement la médecine ou l'odontologie)* : « 2. — *Toute personne qui sera munie d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne l'odontologie pourra utiliser les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic et de thérapeutique* ». Cette loi a été refondue dans la loi du 26 mai 1941 et par conséquent confirmée par elle.

En réalité, le rectificatif du 5 février 1944 avait été rendu nécessaire par le fait qu'en suivant à la lettre l'arrêté du 11 janvier 1944, les chirurgiens-dentistes n'avaient plus le droit d'exécuter les radiographies dentaires.

Il résulte donc que l'utilisation des rayons X en ce qui concerne la radioscopie et la radiographie reste rigoureusement interdite à toute personne non munie d'un diplôme de docteur en médecine (ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne les radiographies dentaires).

Dr Robert Coliez.

Le rationnement en lait concentré

A juste titre, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine proteste contre la décision récemment mise en vigueur de faire contrôler par une consultation de nourrissons habilitée le certificat du médecin traitant.

Cette mesure trahit l'intention de réduire de façon massive, les prescriptions de lait concentré. Or, pour de nombreux enfants des grandes villes trop souvent ravitaillés en lait de vache défectueux, le lait concentré est devenu un aliment de première nécessité. Leur chicaner ce lait, c'est proprement leur chicaner la vie.

Le Conseil départemental de la Seine met en accusation d'imprévoyance les services du ravitaillement. Non seulement l'imprévoyance mais aussi l'impéritie et le désordre sont à reprocher à cette administration néfaste. Au seuil de la saison chaude tolèrera-t-on plus longtemps qu'elle aventure ainsi à la légère, la santé des tout petits, l'avenir tout vif de la race ?

Le tabac « privé » est-il toxique ?

Par « privé » nous entendons le tabac qui, échappant au monopole de la Régie, a été cultivé cet été dans d'innombrables jardins.

Un de nos lecteurs nous signale divers accidents observés par lui chez des personnes fumant le tabac de leur récolte. Il s'agit couramment de vertiges et parfois de syncopes et d'hémiparésies.

Est-ce la nicotine en excès dans ces tabacs non traités qui est fautive ? Ou bien existe-t-il d'autres produits toxiques qui disparaîtraient au cours des manipulations subies par le tabac dans les manufactures ?

La question n'a pas qu'un intérêt doctrinal pour les fumeurs que sont nombre de médecins.

Médecine du travail et Assurances sociales

Nous publions ci-dessous le texte d'une importante circulaire de l'administration des Assurances sociales, en date du 11 novembre 1943, qui confirme les directives données par les représentants professionnels des médecins en matière de médecine du travail.

....

1° *Paiement des prestations par les Caisses d'assurances sociales :*

Il est rappelé que, conformément aux principes de la loi du 28 juillet 1942, relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail et de la doctrine élaborée par le Comité permanent de la médecine du travail institué par la loi du 31 octobre 1941, relative à la protection médicale du travail, les médecins du travail n'ont pas qualité pour donner des soins d'une façon régulière au personnel de l'entreprise. Ils n'y sont habilités qu'à titre exceptionnel quand il s'agit d'affections bénignes et passagères. C'est ainsi qu'ils peuvent notamment, en cas d'accidents du travail, donner les soins d'urgence de même qu'en cas de maladies professionnelles n'entraînant pas la cessation du service ; mais ces soins peuvent également être étendus aux affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du travail et ne nécessitant pas de soins suivis. Dans ce cas, une ordonnance peut exceptionnellement être remise au malade et la feuille de maladie des Assurances sociales peut être signée — une seule fois — sous réserve d'y faire figurer la mention « Consultation gratuite exceptionnelle ».

Le Comité permanent a, d'autre part, dans sa séance du 8 juillet 1943, admis que les médecins du travail pouvaient éventuellement prescrire un repos aux travailleurs dont l'état de santé justifie une interruption de travail. Mais, ainsi que je l'ai noté dans une lettre adressée, le 27 septembre 1942, à M. le Président du Conseil de l'Ordre des médecins, la médecine du travail doit se limiter strictement à la prévention. Il s'en suit que les repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doivent être de très courte durée et ne pas s'accompagner d'une ordonnance, puisqu'ils ne peuvent se justifier en principe que par la nécessité d'éviter qu'un état de fatigue vienne à s'aggraver. Dans ces conditions, le maximum de la durée de repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doit être fixé à huit jours. Pour cette période, la participation de la Caisse d'Assurances sociales est limitée au paiement éventuel des indemnités journalières, après le délai de carence. A l'expiration des huit jours, le service des prestations d'Assurances sociales ne pourra être continué que sur prescription du médecin traitant de l'assuré.

D'autre part, je précise que l'employeur doit seul conserver la charge du fonctionnement de la médecine d'entreprise et qu'il ne peut, par conséquent, obtenir des Caisses d'assurances sociales ni une subvention forfaitaire, ni une subvention calculée suivant le nombre d'actes médicaux dispensés. Les Caisses d'assurances sociales si elles ne doivent en aucune manière rembourser d'honoraires médicaux concernant les actes (consultations et actes de pratique médicale courante) pratiqués dans ces conditions par les médecins du travail, doivent du moins rembourser, dans les conditions habituelles, les médicaments prescrits sur ordonnance de ces médecins. Elles auront soin toutefois de s'assurer que les ordonnances délivrées ne concernent pas des assurés victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle. L'attention des médecins du travail est appelée, par ailleurs, sur le fait que les feuilles de maladie d'Assurances sociales ne doivent être signées par eux que si les soins donnés ne concernent pas une maladie susceptible d'être indemnisée

au titre de la législation sur les accidents du travail.

2° *Contrôle de la gratuité des soins* :

MM. les Directeurs des Services régionaux des Assurances sociales signaleront aux Caisses d'assurances sociales que tout acte médical exécuté dans un service médical du travail doit être gratuit. Les Caisses d'assurances sociales qui connaîtraient des cas précis de services médicaux qui auraient demandé aux ouvriers des honoraires quelconques pour un acte médical devront les signaler au Service régional des Assurances sociales, auquel il appartiendra de m'en aviser.

3° *Participation des Assurances sociales à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et sociaux du travail* :

Dans l'état actuel des textes, la participation financière des Assurances sociales dans le domaine des services médicaux et sociaux du travail ne peut être en aucune manière envisagée . L'intervention des Caisses d'assurances sociales et des Unions doit être limitée à une collaboration qui pourrait se traduire par la mise à la disposition des services médicaux et sociaux du travail, du matériel de dépistage que peuvent posséder les Caisses et Unions, notamment l'appareillage de radiophotographie. En présence, en effet, des difficultés d'acquisition d'un tel matériel à l'heure actuelle, il est souhaitable que les Caisses d'assurances sociales et leurs Unions viennent en aide aux services médicaux et sociaux à cet égard.

. . . .

(*Cir. min. du* 11 *novembre* 1943. *Adm. gén.* , 1er *Bureau*, n° 57).

A propos de la relève des médecins chargés de soigner nos prisonniers

L'angoissante question des soins médicaux à assurer à nos prisonniers de guerre en Allemagne est, depuis 1940, au premier plan des soucis gouvernementaux. Elle a imposé au cours de l'année 1943 la relève du personnel médical qui assurait depuis l'armistice, le service de santé des camps.

Voici, d'après un communiqué officiel, quelques chiffres facilement contrôlables qui permettent de mesurer l'effort consenti par le Corps médical.

A ce point de vue, la participation du service de santé militaire s'est traduite par le départ de 466 médecins d'active qualifiés, qui ont effectivement remplacé 84 médecins d'active et 382 médecins de réserve en service dans les Oflags et Stalags.

A ces 466 médecins militaires se sont joints 112 médecins civils, dont 29 volontaires et 83 requis par le Secrétariat d'Etat à la Santé.

L'effort fait par les médecins de l'active est tout à fait naturel, c'est à eux qu'incombait le devoir de soigner nos prisonniers de guerre. Le devoir des médecins civils est d'assurer des soins à leur clientèle.

Rectification

Une erreur s'est glissée dans notre fascicule de documentation professionnelle consacré aux « IMPÔTS DU MÉDECIN » *en ce qui concerne le mode de calcul des déductions pour charges de famille en matière d'impôt général (page* 20, *art.* 115, 2°). *Le texte publié ne tient pas compte de la modification qui lui a été apportée par la loi du* 31 *janvier* 1944.

Le texte actuellement en vigueur est le suivant :

« Par. 2. — En outre tout contribuable a droit sur
« son revenu annuel à raison des enfants à sa charge
« dans les termes de l'art. 116 ci-après, à des déduc-
« tions réglées comme suit :
« 7.000 francs pour le premier enfant ;
« 10.000 francs pour le deuxième enfant ;
« 15.000 francs pour le troisième enfant ;
« 20.000 francs pour le quatrième enfant et cha-
« cun des suivants. »

Le reste sans changement.

Nous prions nos lecteurs d'excuser cette erreur involontaire.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil national de l'Ordre

Ainsi qu'il fait à l'issue de chaque session du Conseil National, le président Portes a réuni une conférence de presse le 15 mars dernier pour exposer et commenter les travaux de l'assemblée.

D'une façon générale, la nomenclature adoptée répond au projet Decourt ; en particulier, elle revient à la tarification à l'acte global en chirurgie ; la position concernant la consultation des spécialistes a été maintenue. Le document est en ce moment soumis à l'approbation du Ministre.

Les rapports avec la Mutualité ont été l'objet d'une étude particulière, car il était notoire qu'une décision allait être prise ; et prise sans nous, elle eut probablement été contre nous. Mieux valait s'entendre et c'est à cette préoccupation que répondit la Commission désignée à cet effet. Les principes de la charte sont respectés ; il est cependant admis que des conventions collectives interviendront entre groupements médicaux et groupements mutualistes avec tarifs préférentiels pour les économiquement faibles. C'était du reste le point de vue admis par tous les Conseils départementaux et par le Conseil National à l'unanimité moins une voix.

Le Conseil National estime souhaitable la même attitude vis-à-vis des Caisses d'assurances sociales ; mais d'abord devra être résolu le problème des Mutuelles chirurgicales.

A l'ordre du jour étaient inscrits aussi : la réunion avec la section dentaire du Conseil National ; l'examen du Code de déontologie des sages-femmes ; l'homologation des cotisations et le projet de budget pour 1944 ; la législation hospitalière dont certaines dispositions apparaissent comme difficilement applicables (une Commission est chargée d'étudier les modifications possibles).

La médecine des mines occupe aussi l'assemblée. Après avoir provoqué l'avis de nombreux médecins de mines, elle confia au Docteur Berche la rédaction du rapport concrétisant les réformes à apporter. La tendance générale est d'appliquer aux mines, la législation sur les Assurances sociales.

Enfin furent abordées la qualification des spécialistes et la réorganisation administrative du Conseil. Nous en avons indiqué déjà la principale disposition concernant le secrétariat.

M. le président rendit compte au Conseil d'une initiative qu'il fut amené à prendre à propos du ravitaillement des enfants en lait condensé. Nos lecteurs connaissent déjà la situation véritablement angoissante des grandes villes où le lait frais n'arrive qu'en faible quantité et dans de mauvaises conditions sanitaires.

Il est indiqué que le projet de retraite, intégralement approuvé par le Secrétariat à la Santé, est actuellement à l'étude au Ministère du Travail et qu'une solution définitive est à espérer avant la fin de l'année.





PARTIE SCIENTIFIQUE

LE ROUGE CONGO DANS L'HÉMOSTASE PRÉ-OPÉRATOIRE

Par le Professeur J. TERRACOL et L. FABRE
de Montpellier

La fréquence des hémorragies post-opératoires a manifestement augmenté. Nombreuses sont les hypothèses émises pour expliquer cette recrudescence des hémorragies secondaires. On a successivement invoqué la carence en lipides ou en acides aminés, les avitaminoses, le déséquilibre alimentaire, mais aucune de ces théories ne cadre avec l'ensemble des faits.

En effet, des hémorragies graves ont été observées chez des opérés, dont la crase sanguine vérifiée par les moyens habituels était entièrement normale.

Dès lors, le problème à résoudre était le suivant : trouver un hémostatique pré-opératoire pratique, sans danger, facile à utiliser et dont l'action se manifeste avant la troisième heure pour prévenir les hémorragies secondaires précoces, et se prolonge une semaine environ pour écarter tout danger d'hémorragie secondaire tardive. A la suite d'une expérience de près de deux années, et basée sur plus de 400 injections, nous pensons que le *Rouge Congo* satisfait à tous ces desiderata.

DONNÉES PHARMACOLOGIQUES.

Le Rouge Congo est un colorant diazoïque, sel de sodium de l'acide diphényldiazobisnaphtylamine 1 sulfonique 4, découvert en 1887 par BŒTTINGER.

C'est une poudre rouge, très soluble dans l'eau, que l'on trouve dans le commerce sous divers noms. Nous avons utilisé une solution aqueuse à 1 p. 100 (taux qui correspond à la concentration de la plupart des préparations spécialisées) contenue dans des ampoules en verre jaune d'une contenance de 5 à 10 c. c. et stérilisée à l'autoclave pendant 30 minutes à la température de 110-120°.

DONNÉES PHARMACODYNAMIQUES.

In vitro, en 1938, BLACKER a démontré que le Rouge Congo ne provoque ni hémolyse, ni coagulation fragmentaire ; l'injection intraveineuse est sans danger. Par contre, il ne modifie pas la coagulation sanguine qui présente ses caractères normaux. La durée de la coagulation n'est en rien diminuée et la réaction de rétractilité du caillot n'a pas lieu.

In vivo, le Rouge Congo, injecté par voie intra-veineuse, se répartit rapidement dans la masse sanguine ; la concentration maxima est atteinte quatre minutes après l'injection. L'élimination, qui débute trente minutes après l'injection, se fait ensuite régulièrement et au bout d'une heure, la concentration n'est plus que de 40 p. 100 environ ; elle dure huit à dix jours. DIERYCK a montré que l'excrétion se fait presque exclusivement par le foie. Les voies rénales et gastriques sont secondaires. A côté du mécanisme de filtration-concentration, qui joue pour les cristalloïdes, existe un mécanisme de mise en réserve temporaire pour les cellules de Küpffer.

Le colorant est stocké par tous les éléments figurés du système réticulo-endothélial, et c'est par l'intermédiaire de ce système que le Rouge Congo agit sur la coagulation sanguine.

En effet, son injection entraîne :

1° Une monocytose ;

2° Une augmentation du nombre de plaquettes ;

3° Un accroissement de la teneur du sang en fibrinogène.

La stimulation du système réticulo-endothélial explique la production de monocytes et l'augmentation du nombre des plaquettes sanguines. Comme les thrombocytes sécrètent la thrombokynase, la teneur du sang en thrombokynase est augmentée, d'où l'action du Rouge Congo sur la coagulation. Le Rouge Congo, qui chimiquement demeure inactif sur la coagulation, la favorise biologiquement.

L'accroissement de la teneur du sérum en fibrinogène s'expliquerait par une action physique. Colorant à grosses molécules chargées électro-négativement, le Rouge Congo rompt l'équilibre colloïdal du plasma et entraîne la formation de fibrinogène. Celui-ci est transformé rapidement en fibrine, lorsque interviennent les autres facteurs de la coagulation sanguine, dans une plaie par exemple.

Ainsi l'action biologique et physique du Rouge Congo sur les constituants sanguins rend le sang plus apte à se coaguler. Il agit à la fois sur l'élément figuré et sur le facteur plasmatique de la coagulation sanguine.

Expérimentalement, WEDEKIND, BECKER et WEINERT, qui l'utilisaient comme *hémostatique* curatif, ont observé que l'action est maxima de une à six heures après l'injection, mais des facteurs secondaires peuvent intervenir, qui ne jouent plus si on utilise le Rouge Congo comme hémostatique préventif.

La toxicité du produit a été étudiée par DOROLLE en 1935 ; il a fixé la dose léthale à 10 centigrammes par kilogramme de poids, la dose maxima tolérée étant moitié moindre. L'action hémostatique préventive étant réalisée avec une dose égale au 1/30 de la dose maxima tolérée, la marge de sécurité est très grande et la méthode peut être utilisée sans danger.

ETUDE CLINIQUE EXPÉRIMENTALE.

Nous avons utilisé systématiquement le Rouge Congo comme hémostatique prophylactique depuis mai 1942 (1). Notre expérimentation porte sur des opérés, dont les temps de saignement et de coagulation étaient normaux avant l'intervention, et sur des malades, dont le temps de coagulation était sensiblement augmenté sans toutefois pouvoir être considéré comme pathologique. Les constantes sanguines après l'injection ont été suivies toutes les heures jusqu'à la 8e heure, puis, toutes les 24 heures jusqu'au 6e jour.

Les hémorragies secondaires précoces s'observant de une à six heures après l'intervention et les hémorragies secondaires tardives apparaissant du 4e au 6e jour, nous pouvons juger de l'efficacité du produit par l'examen de nos courbes de coagulation et de saignement.

Chez les *sujets à constantes sanguines normales*, on constate une baisse du temps de coagulation très rapide pendant la première heure, puis moins marquée pendant les trois heures suivantes.

La diminution globale au bout de la 4e heure est de plus de 50 p. 100; à la 8e heure, elle est de l'ordre de 60 p. 100. Cette diminution se fait régulièrement dans le temps.

Le temps de saignement diminue rapidement jusqu'à la 3e heure où il atteint environ 55 p. 100 du temps initial, puis la baisse est insensible jusqu'à la 8e heure. Les deux courbes sont remarquablement parallèles.

Le maximum d'effet sur les constantes sanguines est donc observé aux environs de la 3e ou 4e heure après l'injection de Rouge Congo et c'est le moment où les hémorragies secondaires précoces sont les plus à craindre. Il convient donc d'injecter le Rouge Congo dans la veine, une heure avant l'intervention, pour bénéficier de l'effet hémostatique maximum. Donc, dans la prophylaxie des hémorragies secondaires précoces, le Rouge Congo est un bon hémostatique.

L'action tardive est également manifeste.

Le temps de coagulation diminue de 40 p. 100 pendant les 24 premières heures et reste aux environs de ce taux durant tout le temps qu'ont continué nos recherches.

Le temps de saignement, après avoir diminué de 50 p. 100 la première journée, augmente jusqu'à atteindre 60 à 70 p. 100 du taux initial, mais il ne présente pas la fixité remarquable du temps de coagulation.

Il semble cependant que la marge de sécurité (30 à 40 p. 100) soit suffisante et que le Rouge Congo soit également un bon moyen prophylactique des hémorragies post-opératoires tardives.

Chez les *sujets à constantes sanguines anormales*, mais non pathologiques, l'action précoce se traduit par une diminution de 60 p. 100 en une heure du temps de coagulation ; cette diminution se maintient pendant les 24 premières heures. Ultérieurement, le taux remonte pour atteindre au 3e jour les 80 p. 100 du taux initial, mais il ne dépasse pas les limites dangereuses. Puis le temps de coagulation diminue régulièrement et, une semaine après l'injection, il représente les 30 p. 100 du taux initial. L'action hémostatique précoce et tardive du Rouge Congo, en présence de troubles discrets de la crase sanguine, est donc évidente. A notre point de vue, c'*est un médicament de choix pour corriger, avant une intervention, les anomalies peu marquées de la coagulation.*

TECHNIQUE.

Une heure environ avant l'intervention, on pratique une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'une solution aqueuse de Rouge Congo à 1 p. 100 (soit dix centigrammes de produit actif, dose notablement inférieure à la dose maxima tolérée). Nous n'avons jamais observé d'incidents au moment, ou après l'injection, qui est faite sans aucune précaution spéciale. Si une partie du liquide se répand au dehors de la veine, il n'en résulte aucun inconvénient. Le colorant absorbé par les éléments réticulo-histiocytaires sous-cutanés, la douleur s'apaise sous un pansement humide, la coloration rosée s'atténue progressivement et disparaît en une dizaine de jours.

Il n'y a aucun inconvénient à pratiquer une nouvelle injection post-opératoire, si besoin est.

RÉSULTATS.

Jugés à l'échelle de la pratique d'un grand service d'hôpital, les résultats sont très encourageants. Depuis que nous employons systématiquement le Rouge Congo hémostatique pré opératoire, nous n'avons pas observé d'hémorragies post-opératoires.

Le Rouge Congo en injections intra-veineuses réalise, non seulement la prophylaxie des hémorragies secondaires lorsque l'hémostase chirurgicale est impossible, mais encore la prophylaxie des hémorragies en nappe sous-cutanées ou intra-cavitaires qui nécessiteraient un tamponnement.

Dans certaines régions où l'hémostase opératoire est impossible ou très longue à réaliser (O. R. L., Urologie, Neuro-chirurgie), le Rouge Congo doit rendre de précieux services.

Son indication majeure est une anomalie peu marquée de la coagulation, c'est le médicament de choix pour corriger avant une intervention un trouble discret de la crase sanguine.

De plus, une incidence est à considérer étant donné la fréquence actuelle des traitements sulfamidés. Le Rouge Congo, réalisant un blocage préalable du système réticulo-endothélial, permet d'obtenir très rapidement un taux de concentration suffisamment élevé pour que l'action bactériostatique des sulfamides soit maxima, ce qui est important dans la conduite générale de la thérapeutique.

(1) Voir Thèse de J. LE FILLIATRE, Montpellier, 1943.

POSOLOGIE. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ANTI-HISTAMINIQUE (2339 R. P) EN DERMATOLOGIE

Par J. Gaté, P. Cuilleret et J. Pellerat

(*Travail de la Clinique dermato-syphiligraphique de la Faculté de Lyon. Hôpital de l'Antiquaille.* Professeur J. Gaté).

L'introduction en thérapeutique des antihistaminiques de synthèse constitue pour le dermatologiste, une acquisition très intéressante. On connaît les hypothèses formulées à propos des accidents allergiques, si fréquents en pathologie cutanée, et le rôle qu'on a attribué à l'histamine dans leur pathogénie.

Notre but n'est pas de faire ici une révision critique de ces théories, mais d'apporter le fruit d'une expérimentation thérapeutique, de plus de deux années. Nous ne ferons que mentionner les travaux poursuivis par l'un de nous (1), travaux complétant l'expérience clinique, et qui font ressortir l'importance attribuable à l'histamine dans la physio-pathologie cutanée.

Dans un précédent travail (2), nous avons envisagé tout ce que l'étude des antihistaminiques de synthèse pouvait apporter tant dans le domaine biologique que dans la thérapeutique dermatologique.

Un certain nombre de points de détails pratiques méritent d'être repris et précisés.

L'activité pharmacologique du 2339 R.P. (Antergan) est bien connue. Les très belles démonstrations physiologiques de B.-N. Halpern dans l'étude de ce corps sur les organes isolés, l'asthme histaminique, l'asthme allergique, le choc anaphylactique, l'effet toxique de l'histamine, ont permis de conférer à ce dérivé de synthèse une spécificité d'action très étroite. Lorsque l'histamine n'est pas en jeu, on ne peut rien attendre du 2339 R.P. Lorsque, par contre, l'histamine intervient, on est en droit d'attendre de l'antihistaminique une action des plus nettes.

Mais ce qui est l'évidence même au laboratoire se complique lorsqu'on passe à l'étude clinique. Si l'on était chaque fois bien renseigné sur l'intervention de l'histamine devant un cas clinique déterminé, le problème serait facile. En réalité, il est complexe car jamais, ou très rarement, on a la notion précédente et, d'autre part, étant donné le mécanisme d'action purement pharmacodynamique de l'antihistaminique, on peut enregistrer des échecs alors même que l'histamine est en cause.

Cette donnée résume tout ce qu'on peut attendre des antihistaminiques : à savoir tantôt des résultats thérapeutiques particulièrement brillants, d'autres fois, des échecs complets.

D'autres facteurs interviennent encore dans la conduite du traitement ; la réaction individuelle du malade à la dose administrée, la tolérance du médicament variable elle aussi d'un sujet à l'autre.

Alors qu'une dose faible donnera un bon résultat chez un malade, une dose notablement supérieure sera nécessaire chez un autre sujet. La règle posologique paraît impossible à déterminer. Des nuances devront donc intervenir de la part du médecin dans la prescription.

D'une manière générale, la dose journalière moyenne de 0 gr. 60 paraît convenir à la majorité des cas. Cette dose sera répartie en trois prises de 0 gr. 20 au moment des repas ou mieux encore en six prises de 0 gr. 10 au cours de la journée. Le 2339 R.P. circule, en effet, rapidement dans l'organisme. L'effet antihistaminique apparaît trente minutes environ après l'ingestion et disparaît en deux heures et demie. On réalise donc en administrant le médicament par doses fractionnées une imprégnation plus régulière. Si le résultat recherché n'est pas obtenu et si la tolérance du malade le permet, on pourra augmenter la dose journalière à 0 gr. 80 à 1 gramme.

Dans les cas aigus (urticaire généralisée, œdème de Quincke, eczéma aigu), on pourra recourir à la voie parentérale à raison de deux ampoules de 0 gr. 05 par voie intramusculaire et administrer en même temps 0 gr. 20 *per os*. Le traitement sera ensuite poursuivi par voie orale, sauf en cas de forte intolérance digestive.

Chez l'enfant, nous avons pu établir la posologie moyenne suivante : 0 gr. 15 par jour chez le nourrisson, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 jusqu'à 5 ans, 0 gr. 30 à 0 gr. 60 au-delà de 5 ans. La tolérance du 2339 R.P. chez l'enfant est toujours parfaite. Les doses sont administrées chez celui-ci par demi ou par quart de dragée écrasée avec un peu de confiture en raison de son goût amer.

La tolérance du 2339 R.P. chez l'adulte n'est pas toujours aussi bonne. Si, dans la règle, la dose de 0 gr. 60 par jour est bien tolérée, chez un certain nombre de sujets, elle provoque de petits incidents. Ils se caractérisent par des troubles d'ordres divers (brûlures gastriques, état nauséeux, céphalée, état vertigineux, sensation de vide dans la tête, lassitude généralisée). Exceptionnellement, on a pu constater des vomissements. Une fois nous avons noté une fièvre médicamenteuse ; une fois également, nous avons vu apparaître chez un tuberculeux fibreux une crise de dyspnée asthmatiforme. Dans aucun cas, ces incidents n'ont présenté de caractères de gravité. Lorsqu'on réduit les doses ou après suppression du médicament, ils disparaissent très rapidement. Certaines précautions peuvent être prises pour éviter leur apparition ou pour les réduire. Lorsqu'un sujet présente des troubles après 0 gr. 60, il est bon de modifier la posologie et de prescrire le lendemain 0 gr. 20 en deux prises éloignées l'une de l'autre, 0 gr. 40 le surlendemain, et arriver à la dose de 0 gr. 60 le troisième ou le quatrième jour. Dans un certain nombre de cas, cette posologie progressive permettra au sujet de tolérer plus facilement le médicament.

Ce procédé possèdera en outre l'avantage de déterminer d'emblée la dose minima active.

D'autres précautions plus classiques seront observées. Le 2339 R.P. ne sera jamais absorbé

à jeun. Dans l'intervalle des repas, on fera prendre avec chaque dose, une tartine de pain ou du sucre (P. Decourt).

Quant à la durée du traitement, elle variera suivant chaque cas. Il est évident que le problème posé est tout différent, si l'on se propose de soulager une urticaire aiguë ou un prurit chronique. Alors que, dans le premier cas, deux ou trois jours de traitement seront suffisants, dans le second, on comptera par jours, par semaines, voire même par mois.

Dans la règle, l'effet thérapeutique se manifeste rapidement en quelques heures. Quelquefois il n'apparaît que plus tardivement en deux ou trois jours, soit en répétant la même dose, soit en recourant à une posologie plus élevée. Passé le troisième jour, on peut conclure à un échec et il est inutile de persévérer.

Lorsque le traitement devra être prolongé, il importera de déterminer la dose minima active. La symptomatologie de l'affection guidera parfois la conduite thérapeutique. Les prurits à horaire nocturne, par exemple, recevont 0 gr.20 le soir au coucher et 0 gr. 10 si nécessaire au cours de la nuit.

La prolongation du traitement ne semble entraîner aucun phénomène fâcheux. Nous avons pu suivre ainsi, pendant neuf mois, un malade atteint de prurit anal qui prenait 0 gr . 30 chaque jour sans observer de troubles. Ph. Decourt de son côté a pu administrer le 2339 R.P. pendant un an sans noter l'apparition de manifestations toxiques secondaires.

Nous avons essayé l'Antergan dans toutes les dermatoses où le rôle pathogène de l'histamine a été incriminé. L'activité thérapeutique de ce médicament s'est montrée inégale, et, dans une certaine mesure, nous a permis de vérifier le bien fondé de l'hypothèse histaminique.

Au cours de ces multiples essais, nous avons été frappés par la fréquence des améliorations obtenues sur le prurit. A part quelques exceptions, NOUS NOUS CROYONS autorisés à dire que toute affection prurigineuse justifie l'essai de la thérapeutique antihistaminique.

Dans les manifestations urticariennes, prises dans un sens très large, englobant l'œdème de Quincke et le prurigo infantile, nous avons enregistré des résultats particulièrement brillants. En quelques heures, le prurit était calmé, l'éruption disparaissait pour ne plus reparaître. Dans un cas d'urticaire chronique en particulier, le résultat fut remarquable.

Par contre, dans des cas cliniques analogues, nous avons enregistré des échecs complets malgré la continuation du traitement et l'augmentation des doses.

D'autres fois, nous avons eu des améliorations notables, mais incomplètes. L'action la plus constante fut celle exercée sur le prurit. Sur l'éruption, l'action serait partielle (effacement des papules avec persistance de l'érythème), récidive de la crise de prurit et de l'éruption quelques heures après l'arrêt de la thérapeutique. Cependant, l'action antiprurigineuse très notable permit aux urticaires aiguës d'attendre sans troubles fonctionnels pénibles, la fin de leur poussée. Plus particulièrement, nous avons observé ces faits dans un grand nombre d'urticaires alimentaires. Dans les urticaires sans cause apparente (urticaire chronique pour la plupart), des urticaires à l'effort ou au froid, l'échec thérapeutique a été la règle.

Un cas particulier nous a permis de mettre clairement en évidence la possibilité d'accoutumance de l'organisme au 2339 R. P. Il s'agissait d'une urticaire datant de trois ans améliorée passagèrement par divers traitements désensibilisants ou de choc, mais récidivant rapidement avec une chronicité désespérante. Le 2339 R.P. eut pendant quinze jours un effet remarquable. L'arrêt du traitement fut rapidement suivi de la reprise de l'urticaire. Une deuxième cure de 2339 R.P. se révéla malgré l'augmentation des doses totalement inactive.

Nous pûmes faire la preuve de l'effet préventif du 2339 R.P., chez une malade présentant un œdème de Quincke déterminé par l'ingestion d'un aliment. La prise préventive de 0 gr. 20 de 2339 R.P. empêche l'apparition de l'œdème. Dans le prurigo infantile ou strophulus, nous avons enregistré d'excellents résultats sur les poussées aiguës. Dans une observation que nous avons pu suivre, nous avons vu une sédation de quelques semaines après interruption du traitement. Une nouvelle poussée fut aussi jugulée rapidement par le 2339 R. P.

Nous rapprocherons de ces faits, les résultats remarquables du 2339 R.P. dans l'urticaire sérique observés par MM. Célice et Durel (3), MM. Sedallian, A. Bertoye et l'un de nous (4).

Dans l'eczéma, l'Antergan a permis d'obtenir des améliorations notables.

C'est ainsi que l'eczéma suintant, prurigineux, accompagné d'œdème, réagit très souvent et très rapidement à la médication antihistaminique. Dans un certain nombre de cas, nous avons pu observer la disparition rapide de l'œdème, du prurit et du suintement.

Dans les formes subaiguës ou chroniques, la seule action que nous avons pu noter fréquemment est la sédation du prurit. Exceptionnellement, les lésions cutanées ont été influencées et le traitement local mérite de garder la place de choix dans la thérapeutique de cette affection. Cependant, chez l'enfant l'action antiprurigineuse habituelle peut amener une amélioration locale importante par la suppression du grattage irritant des lésions eczémateuses.

Dans l'érythrodermie œdémato-vésiculeuse d'origine toxique ou microbienne, nous avons noté une sédation fréquente des troubles subjectifs (sensation de brûlures, prurit) sans constater dans la règle, d'amélioration objective. Cependant, dans deux cas de dermite médicamenteuse l'une au gardénal, l'autre au bismuth, la guérison complète a été obtenue sans traitement local.

Dans les dermites artificielles, après application de teintures capillaires, de révulsifs, de produits chimiques divers..., formes qui revêtent cliniquement la symptomatologie de l'eczéma aigu, l'action de 2339 R.P. s'est montrée très satisfaisante ; action antiprurigineuse mar-

quée, amélioration et souvent même guérison complète des lésions.

Dans les *différentes variétés de prurits essentiels* localisés ou généralisés, les résultats obtenus n'ont pas été réguliers, mais souvent très satisfaisants.

Dans certains *prurits anaux et vulvaires* s'accompagnant ou non de lichénification, mais non déterminés par une dermatose locale, nous avons eu fréquemment des améliorations remarquables. Il est évidemment nécessaire de prolonger le traitement pour éviter le retour du prurit. C'est ainsi que, dans un cas de prurit anal ancien et rebelle à toute thérapeutique, accompagné de lichénification, le malade traité pendant neuf mois n'accuse pendant toute cette période aucune démangeaison pénible et les lésions objectives disparurent complètement. Après une sédation complète de trois semaines après arrêt du traitement, le prurit reparut et fut à nouveau calmé par le 2339 R. P.

Ceci situe bien les possibilités thérapeutiques du 2339 R.P., qui peut être considéré comme un médicament symptomatique souvent remarquable, mais incapable de modifier le terrain, de créer un état de désensibilisation.

Nous avons essayé le 2339 R.P. dans certaines formes de *névrodermites localisées* chez des sujets psychopathes sans aucun succès. Dans quelques cas de *névro-dermites diffuses,* nous avons eu de meilleurs résultats, l'élément prurit cédant bien au médicament. Dans le *prurit sénile,* par contre, tous les essais que nous avons effectués ont été suivis d'échecs.

Une autre indication intéressante à retenir à notre époque est la sédation du prurit chez les *galeux,* qui continuent à se gratter après le traitement antipsorique. L'action sédative du 2339 R.P. a été notée très régulièrement.

De même chez les sujets atteints de *pédiculose* qui continuent à présenter du prurit après disparition des parasites, le 2339 R.P. rend d'indiscutables services. Dans d'autres affections prurigineuses, moins fréquentes que celles que nous avons envisagées, le 2339 R.P. nous a également donné de bons résultats.

Nous avons ainsi pu traiter récemment un *lichen plan* particulièrement prurigineux, dont le prurit cède régulièrement à l'antihistaminique ramenant ainsi chez ce malade insomnique, un sommeil normal. Un *mycosis fongoïde* particulièrement prurigineux se trouve de même très soulagé après chaque prise d'Antergan. Il va de soi que l'antihistaminique ne peut prétendre guérir une affection, dont la cause intime nous échappe, et, si l'histaminémie du sang de ces malades se montre élevée, on ne peut considérer ce symptôme humoral comme une cause efficiente de la maladie.

Des recherches biologiques nous ont enfin montré que, dans le *zona* et la *maladie de Duhring-Brocq,* l'histaminémie était régulièrement élevée, On pouvait donc s'attendre à des effets particulièrement marqués de la part du 2339 R.P. En fait, ce médicament, administré au début ou à la phase éruptive du zona, fait disparaître dans la règle, les sensations anormales (paresthésies causalgiques) éprouvées par le malade ; les vésicules se flétrissent rapidement et l'évolution de l'affection paraît raccourcie. Administré à une phase tardive, sur les douleurs résiduelles, le 2339 R. P. est dénué de toute action. L'évolution de la maladie de Duhring-Brocq n'est en rien modifiée par l'administration de 2339 R.P. Les bulles se reproduisent avec le même rythme et le même nombre. Par contre, l'effet antiprurigineux est retrouvé de façon constante. Une de nos malades a pris pendant plusieurs mois 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour sans aucune démangeaison.

Cette opposition entre l'élévation du taux tissulaire de l'histamine et l'inefficacité du 2339 R.P. sur la marche générale de l'affection montre que là encore, l'histamine n'est qu'un épiphénomène, responsable de certains symptômes, mais n'apportant pas un éclaircissement décisif sur la nature intime de l'affection.

Nous avons encore essayé le 2339 R.P. dans certaines affections pour lesquelles l'hypothèse histaminique a été soulevée. C'est ainsi que dans les *acrocyanoses,* l'*érythème induré de Bazin,* les *engelures,* l'*érythème annulaire centrifuge,* nous n'avons obtenu aucun résultat appréciable.

En conclusion, une large expérimentation du 2339 R.P. en dermatologie nous a montré que, pour une dermatose déterminée, il ne fallait pas attendre une action régulière. Tantôt les résultats sont brillants, tantôt ils sont incomplets ou nuls. Certains symptômes cèdent fréquemment : le prurit en particulier, l'œdème, l'infiltration œdémateuse.

A retenir ces indications majeures :

1° Manifestations urticariennes (urticaire œdème de Quincke, prurigo infantile) ;

2° Eczémas aigus (— dermites artificielles — (dans les formes subaiguës, on ne peut escompter qu'une action antiprurigineuse) ;

3° Certains prurits généralisés (névrodermites diffuses, prurits post-scabéiques). Prurits localisés ;

4° Prurit de la maladie de Duhring-Brocq ;

5° Zona à la phase début ou d'état.

Si le rôle curatif des antihistaminiques, en mobilisant et en favorisant l'élimination de l'histamine tissulaire, est encore à l'étude, ses propriétés en font un remarquable médicament symptomatique, ayant déjà une place de choix dans l'arsenal du dermatologiste.

(1) J. Pellerat et M. Badel. — L'histamine et les antihistaminiques de synthèse en dermatologie. (*Presse médicale* à paraître). — M. Badel : Contribution à l'étude de l'histamine en dermatologie. (Thèse Doctorat, Pharmacie Lyon, 1943).

(2) J. Gaté, P. Cuilleret et J. Pellerat. — Les produits antihistaminiques de synthèse en dermatologie. (*Expansion scientifique,* à paraître).

(3) J. Célice et P. Durel. — Eruption sérique et antihistaminiques de synthèse. *Soc. fr. de derm. et de syph.,* 9 juillet 1942.

(4) P. Sédallian, J. Pellerat et A. Bertoye. — Emploi de 2339 R.P. dans le traitement curatif des accidents sériques. (*Soc. méd. des hôp. Lyon,* 12 novembre 1942, in *Lyon médical,* n° 20, 16 mai 1943).

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Rapport sur les maladies épidémiques et contagieuses en France, en 1942

(M. L. TANON ; 23-11-1943)

En 1942, la situation sanitaire, en France, est restée bonne dans l'ensemble. On a enregistré, cependant, une recrudescence de deux maladies : la fièvre typhoïde et la diphtérie. Cette double recrudescence n'offre pas toutefois de caractère inquiétant, étant appelée sans doute à disparaître après retour de l'existence à la normale.

Les causes indiquées pour expliquer l'augmentation du nombre des fièvres typhoïdes sont les suivantes : usage de crudités, de légumes insuffisamment lavés, cultivés dans des terrains fumés à l'engrais humain, consommation de coquillages (départements côtiers), contagions inter-humaines, puits contaminés.

Pour expliquer l'augmentation des cas de diphtérie, les rapports des médecins-inspecteurs de la Santé invoquent diverses causes admissibles : pénurie passagère de sérum, moindre résistance des individus, des enfants en particulier, contaminations plus fréquentes par agglomération d'enfants dans les classes, les colonies scolaires, difficultés pour la désinfection, etc. La mortalité moyenne est restée néanmoins la même, soit environ 10 p. 100.

La mélitococcie a diminué notablement et ne s'est maintenue que dans les départements du Midi. La variole reste rare (57 cas dans la Seine en 1942). Il s'est agi de cas d'importation, dont l'extension a été rapidement arrêtée.

Sur le rôle fonctionnel des globulines

(M. H. BIERRY, de Marseille. — Présentation par M. BINET ; 30-11-1943)

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain actuel. Action sur l'excrétion azotée fécale et l'absorption des glucides

(MM. J. TRÉMOLIÈRES et R. ERFMANN. — Présentation par M. Noël FIESSINGER ; 30-11 et 21-12-1943)

MM. Trémolières et Erfmann ont étudié l'influence, sur la digestion, de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 pour 100. Déjà, diverses constatations cliniques avaient été faites sur ce sujet : quasi-disparition de la constipation habituelle, fréquence des troubles dyspeptiques avec météorisme et crises diarrhéiques (Carnot), amaigrissements (Fiessinger), accroissement du volume fécal et de l'excrétion azotée (Goiffon).

MM. Trémolières et Erfmann ont également constaté une perte azotée fécale, provoquée par le pain à 98 %, dépassant de 4 à 5 fois le gain dû au blutage. Cette perte azotée ne se produit qu'assez tardivement, ce qui exclut une origine directement alimentaire. Envisageant, d'autre part, l'absorption glucidique après ingestion de pain noir et de pain blanc, les auteurs ont noté une faible hyperglycémie provoquée par le pain bluté à 98 p. 100, inférieure à celle provoquée par la quantité glucidiquement équivalente de pain à 80 pour 100. Le phénomène ne semble pas dû à des troubles d'absorption de la muqueuse irritée par la cellulose. Des travaux ultérieurs, toutefois, seront nécessaires pour préciser ce problème.

— M. LAPICQUE rattache les inconvénients du pain à 98 pour 100 à un changement de la flore microbienne intestinale. L'extraction à 98 p. 100 était une exagération qu'on ne reverra plus... espère-t-il.

Sur les variétés multiples du « Bacillus coli », agent pathogène, et sur leur unicité fondamentale antigénique

(M. H. VINCENT ; 7-12-1943)

Sur le dégermage du blé

(M. LE NOIR ; 7-12-1943)

Après rapport de M. Le Noir, l'Académie a adopté le vœu suivant :

L'Académie, considérant que le germe représente, au point de vue alimentaire, une fraction du grain importante, si ce n'est quantitativement du moins par la qualité de certains de ses constituants (minéraux, vitamines, etc.), estime :

1° Que l'extraction du germe au cours de la mouture du blé constituerait, si elle était généralisée, une opération contraire aux intérêts de la santé publique et qu'il y a lieu par conséquent d'interdire cette généralisation ;

2° Que le dégermage doit avoir comme unique but d'obtenir les quantités de germe utiles à la préparation de produits médicinaux et diététiques et qu'il doit être limité, dans les circonstances présentes, aux quantités nécessaires à des fins thérapeutiques.

L'anatoxine diphtérique. Vingt années d'application à la prophylaxie de la diphtérie

(M. G. RAMON ; 7-12-1943)

C'est, il y a vingt ans, en 1923, que M. Ramon fit connaître l'anatoxine diphtérique et le principe fondamental des anatoxines. Il présente aujourd'hui à l'Académie une vue d'ensemble de vingt années d'application de l'anatoxine diphtérique à la prophylaxie de la diphtérie, dans le monde et en France.

Le Canada et les Etats-Unis furent les premiers pays qui adoptèrent la méthode, actuellement introduite partout, dans les Etats de l'Amérique du Sud, en Afrique, en Chine, au Japon, comme en Europe. A la veille de la guerre actuelle, elle était en voie de généralisation en Allemagne, en Angleterre, au Danemark... Elle est obligatoire en Italie, en Hongrie, en Egypte, dans certaines républiques de Russie, dans le canton de Genève, en Norvège, en Belgique, en France, etc... La valeur de la méthode française de vaccination contre la diphtérie a été affirmée par les résultats, de plus en plus probants, enregistrés dans le monde entier.

Depuis 1939, la situation actuelle a certes apporté une entrave aux vaccinations régulières. D'autre part, diverses circonstances (exodes de population, rassemblements d'enfants, restrictions de toutes sortes) ont favorisé l'apparition d'épidémies de diphtérie. Des documents récents, néanmoins, qui empruntent aux circonstances une valeur toute spéciale, sont venus confirmer, dans notre pays, l'efficacité de la vaccination anti-diphtérique. C'est, par exemple, la communication du Docteur Heuyer et de Mademoiselle Paulhiac sur la statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1942. D'après ces auteurs, il y eut, à l'hôpital des Enfants, en 1942, 279 cas de diphtérie, avec 34 décès, mais aucun décès n'a été enregistré parmi les enfants vaccinés (plus ou moins complètement) et dont le nombre a été de 49. Des renseignements de même ordre ont été fournis par le Docteur Poulain, en ce qui concerne l'efficacité de la vaccination à Lyon durant la période de fin 1942 et début de 1943.

Les résultats obtenus, dans tous les pays comme en France, ont démontré l'innocuité ainsi que l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine diphtérique. Ils sanctionnent l'importance pratique de la découverte annoncée il y a actuellement vingt ans.

Macrophagie plasmodiale spléno-ganglionnaire d'origine inconnue : la plasmodose macrophagique

(MM. N. Fiessinger et R. Leroux ; 7-12-1943)

La neuro-lymphomatose des gallinacés

(MM. J. Lhermitte, de Ajuriaguerra et Souquet; 30-11-1943)

La neurolymphomatose des gallinacés — maladie spécifique des gallinacés qui peut atteindre l'homme — est un état morbide que caractérise histologiquement une infiltration par des cellules mononucléées du type lymphocytaire, infiltration qui s'étend à tout le système nerveux, central et périphérique. La symptomatologie comprend : des perturbations digestives, des troubles paralytiques (paralysies cervicales, de l'aile, paraplégie) et des accidents oculaires. La maladie, qui paraît atteindre plutôt les élevages sélectionnés, est rare chez les animaux des basses-cours de ferme, ceux-ci étant sans doute moins sensibles au virus spécifique.

MM. Lhermitte, de Ajuriaguera et Souquet ont eu l'occasion d'observer une grande épidémie de neurolymphomatose paralytique dans un élevage de l'Ile-de-France dont le cheptel comprenait, en 1934, 5.000 pondeuses. L'épidémie se poursuivit, malgré les mesures de prophylaxie, jusqu'en 1939, et se termina par la destruction de presque tout l'élevage.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Tuberculose pulmonaire à évolution rapide chez un carencé

(M. P. Ameuille et Mlle Schweissguth ; 18-6-1943)

C'est l'observation d'un sujet, dont la tuberculose a évolué tout entière sous les yeux de ces auteurs, depuis la première apparition de lésions pulmonaires sur une image radiographique constatée normale dix jours auparavant, jusqu'à la mort. Un terrassier, 46 ans, depuis six mois pour pouvoir nourrir ses six enfants, se contentait pour lui-même de pain et de légumes (carottes et navets) cuits à l'eau. Il est hospitalisé le 18 décembre 1942 pour œdème des chevilles accompagné de deux petits épanchements pleuraux, avec température de 38° à 40°. En trois jours de régime d'hôpital, tous ces accidents ont disparu ; notamment les culs-de-sacs costo-diaphragmatiques et les champs pulmonaires sont indiscutablement normaux sur un cliché du 22 décembre 1942. Mais le 5 janvier 1943, la fatigue et la fièvre ne cédant pas, un cliché montre un groupe de nodules confluents sous l'omoplate droite, et de petits infiltrats sous la clavicule gauche ; c'est seulement le 12 janvier qu'on trouve des bacilles dans les crachats. Sur les clichés pris de semaine en semaine, les lésions s'étendent et le malade succombe le 28 février 1943.

Ainsi, il est vain de vouloir chercher une apparence et un siège constant à la première manifestation radiologique de la tuberculose ; ici, elle a été faite de foyers multiples, multiformes, dispersés et bilatéraux d'emblée. De même, il n'est pas exact que la tuberculose, prise en ses débuts, soit toujours curable. Ce malade a été pris en soins dès avant les premiers signes perceptibles ; que pouvait-on lui faire, qui n'ait pas été fait pour l'empêcher de mourir ?

G. F.

La Presse

Le danger des huiles industrielles employées comme « ersatz » dans l'alimentation

Il ne s'agit pas d'empois d'amidon ou de solutions de substances mucilagineuses, qui, bonnes pour les salades, ne peuvent être employées pour les fritures et la cuisson des aliments. Ce sont des huiles de paraffine industrielles, aptes aux fritures ; celles-ci, le plus souvent, n'occasionnent aucun trouble notable. Mais R. Pluvinage signale des accidents graves d'allure polynévritique ; les paralysies n'apparaissent pas d'emblée, et on observe un intervalle libre, qui dure en moyenne quinze jours. Dans la majorité des cas, les paralysies une fois installées n'ont qu'une minime tendance régressive. Ces accidents sont dus, non pas à l'huile de paraffine ou de vaseline elle-même, mais à un produit crésylé, contenu dans l'huile et actuellement très employé dans l'industrie : l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique. (*Gaz. méd. de France*, novembre 1943).

Que faut-il penser de la sérothérapie de la poliomyélite ?

Pour bien poser les bases de ce problème, P. Lépine précise tout d'abord que l'idée de traiter la poliomyélite par l'injection d'immunsérums humains (sérum de convalescents) ou animaux repose : 1° sur la constatation d'anticorps virulicides, spontanés ou provoqués, dans les sérums utilisés ; 2° sur l'assimilation de la paralysie infantile, aux maladies dues à des microbes toxigènes (diphtérie, tétanos), où triomphe précisément la sérothérapie .

Or, la poliomyélite n'est pas due à une bactérie, mais bien à un virus, et, en pareil cas, les anticorps virulicides peuvent manquer totalement ou leur taux ne correspondre en rien à celui de l'immunité. Il en résulte que, dans les maladies dues aux ultravirus, les anticorps sériques ne permettent ni de mesurer, ni d'expliquer, ni d'entretenir l'immunité. Les observations faites avec le virus poliomyélitique confirment ces vues théoriques. D'autre part, le sérum de 50 à 90 p. 100 des adultes normaux neutralise *in vitro* le virus, et cela en dehors de toute infection poliomyélitique reconnue ; il possède donc un pouvoir neutralisant au moins égal et généralement supérieur à celui des convalescents de poliomyélite. En conclusion, ni la théorie, ni l'expérimentation, ni la clinique ne permettent d'attribuer à la sérothérapie une action favorable sur l'évolution de la paralysie infantile. (*La Presse médicale*, 9 octobre 1943).

L'expertise des cardiaques assurés sociaux

D'une étude de F. Linke, il ressort que la capacité de travail est conditionnée uniquement par l'état fonctionnel du cœur. Quant au pronostic, l'électrocardiogramme ne traduit que l'état de compensation actuel ; or les troubles de la compensation peuvent être écartés par le repos au lit ainsi que par la médication cardiotonique, tandis que les altérations chroniques du myocarde demeurent irréparables. (*Munch. Mediz. Woch.*, 19 novembre 1943).

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE



PROPOS DU JOUR

L'HOPITAL, ÉCOLE D'APPLICATION

L'expression est du Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Comme elle dit parfaitement ce qu'elle veut dire, il a semblé opportun de la reprendre pour en faire le titre de cette chronique où je me propose d'examiner les influences qu'aurait sa réalisation sur les études médicales.

Les lecteurs savent déjà que cette expression a eu la faveur de faire quelque bruit ; assez de bruit même pour que le Secrétariat à la Santé estimât nécessaire de préciser sa pensée dans un communiqué que nous avons publié le 15 février dernier.

A la vérité, c'est surtout le Ministère de l'Education Nationale qui s'est ému. Tout ce qui est scolaire étant de son obédience, il a flairé dans la proposition un relent d'hérésie et de sournoise rivalité. A la seule pensée de se voir retirer la direction des études médicales, il a frémi d'horreur et crié au sacrilège. Il avait tort, car telle n'était pas l'ambition du Secrétariat à la Santé. Il avait doublement tort, car même si cette ambition avait été réelle, elle n'eut été que légitime et conforme à la saine logique.

A quoi visent en effet les études médicales ? A orner l'esprit des étudiants de notions flatteuses et hautement éducatrices ? Ou bien à former des médecins ? Dans le premier cas, la Faculté de médecine est une succursale de la Sorbonne et la médecine une discipline spirituelle au même titre que la paléontologie ou l'histoire grecque. Certains dilettanti la considèrent ainsi et s'y adonnent avec un détachement pur de toute visée utilitaire. On ne dira pas qu'ils sont légion.

L'étudiant en médecine de modèle courant entend bien acquérir des notions qui lui constituent un capital professionnel et il considère ses années de Faculté ou d'Ecole comme un véritable apprentissage. En possession de son diplôme il va, sans désemparer, en tirer parti pour exercer une profession qui se donne à tâche de défendre la santé individuelle et publique. La Santé ! Précisément le mot-enseigne d'un Ministère qui joue auprès la collectivité nationale le même rôle que le médecin auprès de l'individu, qui considère le médecin comme un agent d'exécution et sous l'autorité duquel enfin le médecin va se trouver dès ses premiers pas dans la carrière. S'il est, par conséquent, dans l'architecture administrative, un organisme qui doive avoir le souci de recruter et de former de bons médecins, c'est bien ce ministère là. Or, il lui faut prendre les yeux fermés le personnel que lui livre l'Education Nationale parfaitement ignorante des besoins du pays et hautement désintéressée des problèmes sanitaires.

Les futurs officiers, dès leur entrée à Saint-Cyr ou Polytechnique, tombent sous la coupe du Ministère de la Guerre, les futurs marins sous celle du Ministère de la Marine, les futurs peintres, sculpteurs et architectes sont régis par les Beaux-Arts. Et, pour prendre un exemple de frappante analogie, les écoles vétérinaires, où se prépare la défense des intérêts sanitaires de l'agriculture, appartiennent au Ministère de l'Agriculture. Rien n'est plus logique que ce contrôle exercé, dès le début des études, sur les exécutants de demain par les organismes responsables de l'exécution. Et rien n'est plus choquant que de voir cette règle de bon sens transgressée en matière d'études médicales. Ce n'est pas le seul avantage que les hommes aient à envier au bétail.

***

Mais puisque l'intention du Secrétariat à la Santé n'allait pas aussi loin (et il faut le déplorer), bornons nous à l'innovation à laquelle il s'est lui-même borné : l'hôpital -école d'application.

Qu'est-ce à dire ?

C'est, ramassée en une formule, la conception même des études médicales à la française : la médecine s'apprend au lit du malade. Que, dans les salles de cours, les laboratoires, les amphithéâtres ou même à sa table de travail, l'étudiant accumule des notions théoriques indispensables, personne ne le conteste. Mais personne non plus, en France, ne s'aviserait d'appeler médecin un homme couronné de multiples diplômes, qui aurait épuisé la substance de tous les traités de pathologie, disséqué les moindres fibrilles du cadavre, agité des milliers de tubes à essai sans jamais voir un malade. Cet homme serait un véritable savant, mais n'importe qui d'entre nous l'écarterait avec effroi du chevet d'un être cher. Plutôt l'empirique, plutôt le reboutcux que l'implacable théoricien ! Le plus profond de la science de l'homme n'est pas écrit et ne le sera jamais. Souhaitons le du moins : l'homme ne gagnerait rien de bon, ni de bien beau ! à se connaître de façon trop précise. Tout l'art de notre profession consiste à comprendre ce qui n'est enseigné nulle part et à manier des remèdes que ne connaît aucun Codex. Cet art-là, suprême consécration de qui se voue à soigner ses semblables, c'est le chevet du malade seulement qui le confère.

En bref, la Faculté fait des docteurs en médecine mais l'hôpital fait des médecins. Et ce n'est fichtre pas la même chose !

Or, sous le régime actuel, l'hôpital n'est accueillant et profitable qu'aux étudiants qui y ont une fonction officielle. Un interne et quatre ou cinq externes dans un service de 60 ou 80 lits, telle est la formation idéale pour donner à des jeunes gens la possession de leur métier. Mais à part quelques rares et louables exceptions que peut espérer un stagiaire inscrit par la Faculté dans un service de clinique ? Inconnu, submergé parmi une surabondante assistance, laissé à sa seule initiative, il se contente le plus souvent de suivre dévotement le cortège qui, chaque matin, se déroule par les salles. Des malades présentés au chef, il aperçoit vaguement, à travers l'inexpugnable barrière de l' « état-major », la feuille de température et le bocal à urines. Heureux s'il entend quelques bribes des dissertations qu'échangent les augures. Pour ausculter et palper, pour tenter de percevoir les signes énumérés dans les livres, il lui faut attendre que tout le personnel du service ait préalablement exercé sa priorité. Il tombe alors sur un malade excédé et hargneux, ou bien sur un rival qui a occupé la place avant lui, ou bien la fille de salle distribue le repas, ou bien il est grand temps qu'il coure au pavillon de dissection. Chaque jour se renouvelle cette horripilante impression d' être l'intrus que l'on tolère à grand peine et que l'on rabroue les jours de tension. Il se lasse et prend le parti, chaque fois qu'il est possible, de « sécher » l'hôpital. Cela ne l'empêche pas de conquérir le parchemin doctoral, et c'est tant pis pour ses premiers clients.

Cette affligeante mascarade d'éducation en trompe.

l'œil serait dénoncée et stigmatisée depuis longtemps dans n'importe quelle profession assujettie à une technique. Du reste, les résultats l'auraient jugée et, bon gré mal gré, il eut fallu changer de méthode. C'est par un miracle sans cesse renouvelé que la profession médicale s'en accommode et que les praticiens français, en majorité fourvoyés dans cette ornière, parviennent néanmoins à s'en tirer et à faire leur chemin, soutenant, ma foi, la comparaison avec d'autres.

Mais ce n'est pas une raison pour persévérer dans l'erreur parce que l'erreur se répare ensuite. car elle porte en attendant dommage et aux médecins qui ont perdu irréparablement leur temps et aux malades exposés aux erreurs de médecins mal instruits.

Pourquoi les stagiaires sont-ils canalisés et comprimés à force dans les seuls services de clinique ? Par suite d'une convention intervenue entre la Faculté, centre d'instruction et non de soins, et la ville propriétaire des hôpitaux, centres de soins et non d'instruction. Cette convention n'ouvre à la Faculté et à ses stagiaires que les services de clinique et, éventuellement, quelques services de clinique annexes. Partout ailleurs, à la ville ou, à Paris, l'Assistance Publique entend rester maîtresse chez elle et n'accueillir dans ses salles de malades que les médecins ou chirurgiens, internes et externes choisis par elle. Il s'ensuit que les stagiaires trouvent de la place où ils peuvent et, pratiquement, n'en trouvent pas. Un service de clinique déjà orné d'un chef de service, de plusieurs assistants, de chefs de clinique et de laboratoire, de trois ou quatre internes et d'une dizaine d'externes est déjà surpeuplé par son seul personnel traitant. Si l'on y entasse encore trente ou quarante stagiaires, c'est porter au bon sens le même défi que fait le métro vers six heures du soir.

***

Il y a longtemps qu'a été dénoncé tout ce que comporte de regrettable une telle situation, et je ne prétends certes rien apprendre en ce moment à aucun de mes lecteurs. Mais ces propos anciens reprennent une actualité nouvelle de la proposition faite par le Docteur Grasset.

La loi récente sur la réforme hospitalière et le décret d'administration publique qui interprète celle-ci ont investi en effet le Secrétaire d'Etat à la Santé de pouvoirs qu'il ne possédait pas antérieurement. Il fixe les conditions techniques et hygiéniques que doivent remplir les établissements hospitaliers, soit publics, soit privés. De plus, par le truchement des directeurs régionaux de la Santé, il arrête les modalités de recrutement du personnel médical. En somme, l'organisation hospitalière du pays, hier encore sous la dépendance des autorités communales ou départementales ou d'intérêts privés est unifiée et nationalisée entre les mains du Secrétaire d'Etat à la Santé. C'est en conformité de cette évolution et en vertu de ses nouveaux pouvoirs que le Docteur Grasset a proposé d'ouvrir plus largement les hôpitaux aux étudiants en médecine. Les médecins le demandaient en vain depuis des dizaines d'années. Un des leurs se met en devoir de réaliser leurs vœux. C'est là toute la nouveauté.

La réglementation nouvelle n'englobe pas, du moins jusqu'à présent, l'Assistance Publique de Paris, ni Lyon, ni Marseille qui doivent voir leur statut fixé par un texte spécial. Mais dès à présent, elle pourrait être appliquée dans tous les autres centres universitaires. Il deviendrait ainsi possible, au lieu de conglomérer les stagiaires en pelotons compacts et imperméables, de les répartir entre de nombreux services où leur éducation serait prise en mains et individuellement suivie par le chef. Ils y doubleraient les externes et seraient enfin en mesure d'affiner leur sens clinique. En outre, des hôpitaux suburbains ou intercommunaux jusqu'à présent dépourvus d'externes pourraient leur offrir des places de choix où personne ne s'interposerait plus entre les malades et eux.

En réalité ce devrait être là le début d'une transformation totale des études médicales si vaste et si intéressante qu'elle a suscité de très nombreux projets dont quelques-uns déjà fort anciens.

Il n'est pas du tout nécessaire de rassembler au centre universitaire, la totalité des étudiants en médecine. Certains hôpitaux cantonaux feraient, par le mouvement de malades et la valeur des chefs de service, de très valables champs d'études pour quelques stagiaires et trouveraient, en revanche, chez ceux-ci un personnel médical subalterne dont l'absence est actuellement fort gênante. Un médecin ou un chirurgien ancien interne d'une ville de Faculté et chef d'un hôpital de petite ville ferait souvent un excellent « patron » pour trois ou quatre jeunes gens à qui il s'ingénierait à inculquer les solides notions de la pratique journalière. Et l'on peut mettre en fait qu'une pneumonie, une typhoïde, une appendicite ou une fracture de Dupuytren seraient tout aussi valablement décrites sur le vif et commentées par un tel maître que par le plus docte des agrégés. Ne verrait-on pas, en retour, ce médecin, ce chirurgien s'attacher de plus près à son service et prendre à cœur d'imposer à sa jeune équipe la marque d'une activité toujours en éveil.

Grâce à cette décentralisation tous les étudiants en médecine sans exception participeraient à cette vie de l'hôpital qui est la véritable ambiance où mûrit le futur médecin.

Pour la réaliser, d'assez importantes modifications devraient être apportées aux programmes actuels. Mais c'est précisément ce dont il est question aujourd'hui. On a pu lire ici le projet élaboré par le Professeur Leriche. Sera-t-il adopté dans son intégralité ? Sera-t-il modifié ? Quoi qu'il en soit, chacun se rend compte que l'état de choses actuel ne peut plus durer et qu'en particulier le titre peu enviable de stagiaire est à abolir radicalement.

Il est à espérer qu'à ce moment la proposition du Docteur Grasset sera reprise et qu'il se trouvera quelqu'un pour faire comprendre à l'Education Nationale que sa meilleure chance de servir la médecine, c'est de s'en désintéresser.

G. LAVALÉE.

DROIT PROFESSIONNEL

ASSURANCES SOCIALES

I. — LE CONTROLE TECHNIQUE DOIT RESPECTER LES DROITS DE LA DÉFENSE

(*Arrêt du Conseil d'Etat du* 8 *mars* 1944)

La loi sur les Assurances sociales confie, on le sait, par son article 8, aux organismes professionnels de praticiens ayant conclu des conventions avec les Caisses, le soin d'exercer le contrôle technique de leurs ressortissants. Si ce contrôle, déclenché à la demande des Caisses, ou sur l'initiative du Syndicat lui-même, (actuellement du Conseil du Collège) révèle l'existence d'une faute dans la délivrance des soins, le coupable peut être déféré aux juridictions professionnelles (anciennement : Conseil de famille syndical et Conseil de famille national) qui statuent

sous réserve d'appel devant la Commission supérieure de contrôle instituée par l'art. 8, § 5, Commission tripartite présidée par un Conseiller d'Etat. Ces juridictions possèdent le redoutable pouvoir d'infliger des sanctions allant du blâme à la suspension définitive du droit de soigner *les assurés sociaux d'une ou de toutes les Caisses d'un ou plusieurs départements.* On sait que la jurisprudence (Ch. sociale, Cour de cassation, 6 juillet 1942) fait application en la matière du décret du 9 juin 1934, qui étend automatiquement cette suspension à tous les services de médecine publique et sociale. Ainsi, bien que ce pouvoir de sanction n'ait point la plénitude et la généralité que la loi reconnaît à l'Ordre des médecins il n'en est pas moins suffisamment large pour que l'on songe à entourer son exercice de quelques précautions destinées à assurer le respect des droits de la défense.

Respecter les droits de la défense signifie, pour le juriste, respecter les règles de procédure écrites ou non écrites de notre droit français. Il est plaisant de les moquer et d'y voir un formalisme encombrant. Mais leur méconnaissance ou leur violation rendent immédiatement manifeste la bienfaisance de leur rôle protecteur.

Le cas suivant illustre fort bien ce que nous avançons : en 1937, dans une clinique du Nord de la France, un blessé se présentait de la part de son médecin traitant ou plus exactement du remplaçant de ce dernier. L'intervention eut lieu d'urgence. En l'absence du remplaçant empêché, le chirurgien opéra avec l'aide effective de son frère, docteur en médecine qui se trouvait chez lui. Une note commune fut présentée à l'assuré et réglée par lui. Cette note comportait une somme de 100 francs pour assistance à l'opération, elle donna lieu à la mention P.C. 6 sur la feuille de maladie. Conformément à un règlement du Syndicat médical du Nord et dans un esprit de bonne confraternité, l'aide occasionnel reversa ensuite au médecin traitant le montant des honoraires touchés par lui. Quant au chirurgien, ayant encaissé la note commune, il demanda au remplaçant de porter sur la feuille la signature d'acquit.

Alors que les divers acteurs-médecins de ce qu'il est un peu grave d'appeler ce drame, s'étaient strictement conformés aux règles syndicales en vigueur à cette époque, la Caisse crut détenir les éléments d'un procès à grand spectacle contre le Corps médical et la dichotomie. Elle saisit donc de l'ensemble de l'affaire, le Conseil de famille du Nord, en dirigeant le principal de son action contre le seul chirurgien. Ledit Conseil lui infligea un blâme, en ne retenant contre lui que le fait d'avoir exigé du remplaçant une signature d'acquit pour une somme que ce dernier n'avait point lui-même encaissée. Saisi en premier appel par la Caisse, le Conseil National, le 2 juillet 1938, débouta purement et simplement la Caisse de ses frais et prétentions.

L'affaire fut alors portée, en second appel, devant la Commission supérieure de contrôle. Par une décision du 23 janvier 1939, cette dernière se crut en droit d'évoquer l'affaire au fond, et de statuer sur l'ensemble ; procédant par voie de justice distributive, elle infligeait deux ans de suspension au chirurgien pour avoir demandé le versement d'honoraires à l'occasion d'une aide opératoire que l'instruction aurait révélé inutile, elle blâmait en outre l'assistant et infligeait un an de suspension au médecin traitant *alors que ces derniers n'avaient été mis en cause ni devant le Conseil de famille syndical, ni devant le Conseil National,* et s'étaient vus ainsi dans l'impossibilité de présenter leurs moyens de défense devant les deux premiers degrés de juridiction.

Un recours en cassation devant le Conseil d'Etat fut alors intenté. Ce dernier, ne connaissant que des questions de droit, ne put que s'en remettre à la souveraine appréciation des faits opérés en dernier ressort par la Commission supérieure, en ce qui concerne notamment la prétendue inutilité de l'assistance opératoire objet du litige.

Par contre, exerçant sa censure sur la procédure suivie, il eut l'occasion de poser pour la première fois à notre connaissance en matière d'Assurances sociales, les principes fondamentaux déjà dégagés par lui en matière de soins aux pensionnés de guerre.

« La Commission supérieure, décide en effet l'arrêt du 3 mars 1944, a, *comme les organismes soumis à son contrôle* par l'art. 8 de la loi sur les Assurances sociales, le *caractère d'une véritable juridiction,* devant laquelle *doivent être observées toutes les règles générales de procédure* dont l'application n'a pas été écartée par une disposition législative formelle ou n'est pas inconciliable avec l'organisation même de cette juridiction. *Au nombre de ces règles générales qui s'imposent même en l'absence d'un texte exprès à toutes les juridictions* figure celle d'après laquelle le *juge d'appel ne peut statuer qu'à l'égard des personnes qui ont été parties devant les premiers juges* ».

« Aucune disposition législative n'a apporté de dérogation à cette règle en ce qui touche à la Commission supérieure de contrôle et, d'autre part, son application ne rencontre aucun obstacle dans les conditions établies pour son fonctionnement ».

En l'espèce, l'assistant et le médecin traitant n'ayant reçu aucune notification les informant de leur mise en cause, la Commission supérieure, ne pouvant légalement statuer au fond à leur égard, aurait dû se borner à renvoyer les parties devant la juridiction du premier degré.

Notons que le principe général relatif au respect des règles de procédure et des droits de la défense ainsi rappelé par le Conseil d'Etat s'applique non pas seulement à la Commission supérieure, mais encore à toutes les juridictions dont elle a le contrôle c'est-à-dire *aux juridictions professionnelles.*

Mais, nous dira-t-on, ces juridictions syndicales ont disparu avec les Syndicats qui les avaient créées A ceci, le Conseil d'Etat a tenu à répondre lui-même : « *Les conseils de famille syndicaux ayant été supprimés* en vertu de la loi du 7 octobre 1940, il convient par application des dispositions combinées des art. 40 et 45 de la loi du 10 septembre 1942, *de renvoyer l'affaire devant le Conseil régional de l'Ordre.*

Autrement dit, les *juridictions de l'Ordre* sont déclarées officiellement substituées aux juridictions syndicales pour l'exercice du contrôle technique en matière d'Assurances sociales. En l'absence de tout règlement intérieur, il leur appartient néanmoins de *respecter les règles générales de procédure* qui ne sont pas écartées par un texte formel ou qui ne sont point contraires à leur organisation.

Ce principe, valable dans le domaine du contrôle technique de la médecine sociale, vaut-il également dans le *domaine du contrôle général de l'Ordre sur ses membres* ? Il n'en faut point douter. Certes, ces deux branches juridictionnelles ne sont point confondues. Mais toutes deux sont soumises à la censure du Conseil d'Etat, lequel ne manquerait point de maintenir l'unité de sa jurisprudence.

Il est heureux que, devant les lacunes actuelles du droit disciplinaire et l'incohérence due à la pluralité des régimes et des juridictions, le Conseil d'Etat puisse ainsi protéger les justiciables contre les excès de pouvoir de juges improvisés et remettre un peu d'ordre et d'unité. Mais il serait plus opportun encore à notre sens, que le législateur unifiât la question en confiant à l'Ordre et à lui seul le

contrôle technique de toutes les branches de la médecine sociale, et réglât définitivement la procédure disciplinaire devant les juridictions professionnelles.

II. — A PROPOS DU RÉGIME DES ASSURÉS ASSISTÉS

(*Cour de cassation, Ch. sociale, arrêt du* 10 *février* 1944)

On se souvient sans doute que nous fûmes amenés récemment à rouvrir une fois de plus la controverse relative au régime de ces êtres hybrides que l'on nomme assurés assistés, régime qui doit s'inspirer en principe, selon nous, des règles de l'assurance et non de celles de l'assistance, si l'on veut se conformer tant au droit positif qu'à la simple équité.

Un cas particulier assez complexe de cette question qui ne l'est pas moins, vient d'être soumis récemment à la Chambre sociale de notre Cour suprême. Nous croyons donc intéressant d'analyser d'assez près les termes de l'arrêt rendu en cette occasion.

Ayant opté en vertu de l'art. 35 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G. pour une organisation autonome en matière d'assistance, une importante ville du Midi avait, en outre, créé au bureau de bienfaisance, un dispensaire dont les consultations médicales étaient ouvertes aux assurés assistés comme aux autres indigents. Les médecins de ce dispensaire recevaient pour assurer leurs services à tour de rôle pendant quatre mois une indemnité forfaitaire de 3.000 francs. En outre la ville, qui n'entendait point faire de bénéfice au détriment des médecins à l'occasion des soins donnés aux assurés assistés, leur reversait la somme perçue par elle auprès des Caisses d'Assurances sociales, soit 12 francs par consultation (c'est-à-dire les 80 %.du tarif de responsabilité après retenue du ticket modérateur). Par contre, la ville se refusait absolument à verser les 20 % mis en principe à la charge de la collectivité de secours par l'art. 19, § 3 de la loi sur les Assurances sociales, arguant de l'indemnité touchée par les médecins, celle-ci étant destinée dans son esprit à compenser la différence entre le tarif de responsabilité et le tarif de remboursement, et à rémunérer le service des consultations pour les bénéficiaires de l'assistance, qu'ils soient ou non assurés sociaux.

La Commission d'arrondissement, puis en appel le Tribunal civil de Périgueux, par un jugement en date du 24 mars 1942, ayant donné gain de cause à la Ville, l'affaire fut soumise à la Chambre sociale de la Cour de cassation, qui vient de prendre position par un récent arrêt (10 février 1944). Ce dernier apporte au problème général des assurés assistés quelques intéressantes précisions.

La Cour suprême commence par rappeler que « l'art. 19, § 3 édictant des règles spéciales aux assurés assistés *se réfère aux règles communes à l'ensemble des assurés sociaux* contenues dans l'art. 6 de la loi et complétées par les tarifs de responsabilité des Caisses ». C'est là, sous une autre forme, le rappel du principe d'assimilation aux assurés ordinaires que nous avons toujours soutenu.

Mais ce principe n'est point absolument général, il comporte des limites et des exceptions. En particulier du rapprochement de l'art. 6 et de l'art. 19, il résulte que cet article ne vise dans son alinéa 5-1° et dans son alinéa 6 « que les deux cas prévus par ces règles communes, *celui où la consultation médicale a été donnée au domicile du praticien* et qui constitue le cas-type pour lequel les tarifs de responsabilité fixent la mesure forfaitaire dans laquelle les Caisses prennent à leur charge le prix de l'acte médical, et celui où l'*état de santé du malade a nécessité le déplacement du praticien* et qui donne lieu d'après les tarifs de responsabilité à une indemnité complémentaire. Ainsi *est resté en dehors des prévisions de ce texte le cas où l'assuré social, usant de la faculté d'assisté* et dont aucun texte ne le prive, *s'est présenté* non au domicile du praticien, mais *à la consultation du dispensaire de l'A. M. G.* ».

Par ailleurs *on ne peut soutenir que* « *les tarifs de responsabilité susceptibles de recevoir application dans la cause aient prévu que les médecins de l'A. M. G. recevraient pour les consultations qu'ils donneraient au dispensaire de ladite assistance, les mêmes honoraires que pour les consultations qu'ils donnent à leur domicile* » et « ce serait une interprétation erronée de l'art. 19 que de prétendre que cette règle en résulte implicitement ».

Dès lors, *en l'absence de dispositions spéciales de la législation des Assurances sociales* sur le cas qui était celui de l'espèce, c'est à bon droit qu'il a été fait application à la cause du règlement d'A. M. G. de la ville. Les médecins ayant adhéré à ce règlement « *se sont obligés vis-à-vis de la ville à assurer moyennant une indemnité forfaitaire, le service des consultations* du Bureau de bienfaisance *pour les malades bénéficiaires de l'assistance, qu'ils soient assurés sociaux ou non.* »

En bref, la thèse de la Cour suprême peut se résumer ainsi : les dispositions de l'art. 19 régissant la dispense des soins aux assurés assistés ainsi que le calcul des honoraires médicaux se réfèrent en principe à celles fixées par l'art. 6 pour l'assurance-maladie ordinaire. Il n'en va toutefois ainsi que dans les cas expressément prévus par ledit art. 6, telles que les consultations, les visites à domicile (art. 6, § 3 et 5) ou l'hospitalisation (art. 6, § 15). Par contre, lorsque l'art. 6 ne prévoit pas la modalité de prise en charge des honoraires médicaux, il ne peut être question d'appliquer l'art. 6 ou les tarifs pris en application dudit article ; à défaut d'autres textes, il y a lieu de se référer aux règlements d'assistance médicale gratuite. Il en va notamment ainsi en cas de consultation ou de traitement de l'assuré assisté en dispensaire, l'art. 6, § 14 étant muet sur le calcul dans cette hypothèse des honoraires médicaux.

De toutes manières, il ne s'agit là que de l'exception qui confirme la règle, et c'est au reste ce qu'il nous fallait montrer.

Jean MIGNON.

UN OMNIPRATICIEN NE SERAIT-IL QU'UN « DEMI-MÉDECIN » ?

IV. — Spécialisation n'est pas études « supérieures » mais études « fragmentaires »

Par le Docteur Fernand DECOURT

Lorsqu'on discute sur un sujet quelconque, il faut toujours préciser son propre point de vue, sans quoi on risque de ne pas se comprendre avec son interlocuteur et de parler dans le vide, ou tout au moins à côté de la question.

Il y a plus d'une trentaine d'années, un ministre, rempli de bonnes intentions et dans le but, qu'on lui avait fait miroiter, de faire une première sélection, parmi les médecins, eut l'idée de proposer la création d'un « CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES ». Mais il y eut aussitôt dans le Corps médical un tel *tolle* général que cette proposition tomba assez rapidement à l'eau. Certes, l'idée pouvait se défendre

si l'on voulait créer une phalange de médecins se distinguant de l'ensemble par un *titre attaché à la personne même.* (Je prie mes confrères de bien faire attention à ce point particulier du titre conquis personnellement à la suite d'un examen ou d'un concours).

Au fond, la création d'un tel diplôme ne s'imposait pas puisqu'en pratique, il existe déjà. Je veux parler du titre de « *ancien interne des hôpitaux* » qui a une valeur reconnue — et avec juste raison, si l'on considère les hôpitaux de Paris et des grandes villes de Faculté où le concours est si difficile avec un nombre de places si limité, par rapport à celui des candidats et où il faut de sérieuses études préparatoires pour décrocher la timbale. D'autant plus que ce n'est là qu'une première étape, la préface à quatre années d'études pratiques au chevet de milliers de malades sous l'œil d'un maître — tout en étant « maître » à son tour pour une série de stagiaires et d'externes. Conclusion : un ancien interne de tels hôpitaux peut être considéré comme ayant fait des études médicales supérieures, en quelque sorte, à l'ensemble des médecins qui ne passèrent pas par ce stade.

D'autre part, je comprendrais qu'on discutât sur le droit, pour des médecins pourvus de *titres personnels,* reconnus de tous comme importants, à demander des honoraires supérieurs. Il y aurait là, en tous cas, un terrain solide de discussion. C'est ainsi, d'ailleurs, que je n'ai formulé aucune critique dans la Nomenclature au sujet de la NOTATION C. 3 qu'elle contient pour « les Professeurs et médecins des hôpitaux des villes de Faculté et d'Ecoles de plein exercice ». Mais le C.2 contre lequel je m'élève pour les spécialistes (alors que je proposais moi-même C.1,4) n'a même pas été inscrit en se basant sur un *critère personnel* comme il aurait pu l'être, au besoin, en se basant sur le titre d'ancien interne (bien que j'avoue ne pas être partisan de ce découpage des médecins, en classes diverses, sauf pour les « maîtres » dont je parlais plus haut). Au lieu de cela, le C.2 est basé... sur quoi ? je me le demande : ce serait, en somme, sur le fait que certains médecins, leur stage scolaire terminé, auraient, pour le reste de leurs jours, abandonné l'*ensemble* de la science médicale pour se restreindre sur un point *particulier,* spécial...

Ceux-là ressemblent quelque peu — *mutatis mutandis* — à l'ouvrier qui, dans une grande usine, s'est spécialisé dans un travail particulier comme, actuellement, à tourner des obus, par exemple. Serait-il pour cela supérieur techniquement au petit patron serrurier qui voit son travail varier d'heure en heure, obligé qu'il est, pour satisfaire aux demandes de sa clientèle, de faire *tout* ce qui relève de son métier de serrurier ?... Ou encore cette jeune lingère qui (ainsi que je l'ai vu dans un « ouvroir » en clientèle) passait ses journées à faire des boutonnières. Serait-elle supérieure à celles qui exécutent, à la demande, tout ce qui concerne le métier de lingère ?... Je n'ai jamais constaté qu'on reconnût à ce serrurier spécialisé dans le tournage d'obus, ni à cette lingère spécialisée dans les boutonnières, une supériorité technique...?

Et encore, dans ces deux cas, on pourrait baser un salaire supérieur sur le fait d'un *rendement horaire,* plus élevé, ces deux ouvriers ayant acquis une rapidité de manipulations plus grande dans leur travail si particulier — fragment d'un ensemble dont ils ne se soucient plus désormais. En médecine, la situation n'est plus la même : il ne s'agit plus d'une *transformation de matière première,* mais, tout au contraire de s'efforcer à une *restitutio ad integrum.*

La comparaison serait plus exacte, avec le « dépannage » d'un auto ou d'un appareil de T. S. F. Dans ce cas, le point principal est de découvrir la *cause* de la panne — ou bien de la demi-panne, ce qui est parfois bien pis, comme une difficulté soudaine pour l'auto de grimper allègrement les côtes comme auparavant, par exemple. Ce qui importe, c'est de reconnaître ce qui se passe, à travers (*dia gnoscere*), les divers symptômes qui se présentent et les multiples organes à examiner. Eh bien ! (j'en prends à témoin tous les médecins automobilistes) quel est l'ouvrier pour lequel vous avez le plus de reconnaissance ?

N'est-ce pas le technicien, qui a découvert l'organe à retaper, à la suite d'un judicieux examen de l'*ensemble* ? L'autre, le spécialiste qui a réparé le carburateur ou remis des segments aux cylindres, je suppose, a fait *ensuite* un travail manuel (*Khéir ergon*) : est-il pour cela d'une « *classe supérieure* » au premier ?

Confrères automobilistes, qu'en pensez-vous ?

***

J'espère avoir ainsi posé nettement le problème. Certes, je ne critique nullement nos confrères spécialisés. Leur rôle est devenu *indispensable,* à l'heure actuelle. Au fur et à mesure des progrès de la médecine, la science et la pratique médicales ont pris une telle extension qu'il est impossible d'être « omniscient » en ces matières, surtout sur des fragments spéciaux du corps humain, tels qu'un œil, une oreille, voire un rein, par exemple. Et cela surtout lorsqu'il s'agit d'*investigations* ou d'*interventions* par lesquelles une compétence spéciale, doublée d'un outillage spécial, sont évidemment nécessaires.

Le spécialiste est donc devenu un rouage indispensable de la médecine actuelle : bien fol serait celui qui soutiendrait le contraire. Mais ce qui est indéniable, c'est que ce spécialiste a acquis sa compétence particulière aux dépens de sa propre science médicale générale : c'est presque une vérité de La Palisse... Et alors, confrères spécialistes, convenez que votre spécialisation ne demande pas des études « *supérieures* » à celles de l'omnipraticien qui, lui, est bien obligé de se tenir au courant de l'ensemble des nouveautés médicales, tandis que vos études, à vous, sont devenues « *fragmentaires* » puisque ne concernant qu'une partie, *un fragment* de cet ensemble, ce « fragment » que vous avez choisi pour exercer spécialement l'art médical.

Sur l'échelle des valeurs techniques, il n'y a donc pas une différence dans le sens de la hauteur, une différence *verticale,* mais uniquement dans le sens de la direction, une différence *horizontale.* Et alors permettez aux omnipraticiens que nous sommes de ne pas admettre cette différence *en hauteur* que vous tentez de nous imposer au point de vue des coefficients de consultation ou de visite. Surtout quand il s'agit de passer *du simple au double.* Nous comprendrions bien (et encore pas l'unanimité d'entre nous) une certaine « majoration compensatrice » ainsi que je l'ai déjà écrit plusieurs fois : compensation parce que vous pratiquez un exercice restreint de la médecine, avec une clientèle également restreinte et moins extensible que celle « tout venant », si je puis dire, de l'omnipraticien. D'ailleurs, cette majoration « légère » existe déjà (de 40 %) depuis de longues années dans le Tarif des soins aux accidentés du travail. Je suis d'autant mieux placé pour en parler que je suis un de ceux qui furent les artisans de cette majoration...

Mais ne profitez pas de ce que vous constituez une majorité des deux tiers dans le Conseil national, pour nous accorder dédaigneusement la moitié du coefficient que vous vous êtes généreusement alloué.

Sans doute, ce ne sont là que des propositions faites par le Conseil national à M. le secrétaire d'Etat à la Santé, lequel est toujours libre de les modifier et de les amender, en ce qu'elles pourraient avoir d'injuste ou d'excessif. Là encore, votre proposition pourrait devenir « mort-née »... Qu'il nous soit permis de le souhaiter.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

LE CONSEIL NATIONAL S'ORGANISE. — VERS LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DES MINES. — DE L'ENTR'AIDE A LA CONCUSSION. — UN EXEMPLE A SUIVRE. — LA HERNIE ACCIDENT DU TRAVAIL. — EXPERTISE ET DÉONTOLOGIE.

Ayant sans doute pris conscience lui-même du caractère par trop invertébré de sa constitution actuelle, le Conseil National de l'Ordre a pris l'énergique détermination de s'organiser.

Une des premières mesures a consisté à intégrer dans le Conseil lui-même le Secrétaire général jusque-là pris hors Conseil, afin de pouvoir lui confier des missions d'ordre politique (professionnel s'entend) et de lui donner la capacité représentative dont il manquait jusqu'à maintenant. Cette décision obligeait par voie de conséquence à nommer un nouveau titulaire. Nous avons déjà dit le bien que nous pensions tant de celui qui part que de celui qui vient. Au reste, nul ne songe à mettre en cause leur personnalité.

Il se peut même que pour des raisons de pur fait, la solution adoptée soit actuellement la meilleure. Mais le principe même de cette réforme nous semble discutable. L'autorité que l'on accorde au Secrétaire général, ne pourrait-on pas craindre qu'elle ne soit par là même retirée au Président qui règnerait toujours, mais gouvernerait moins ? Or parmi les enseignements les moins discutés des épreuves que nous avons connues au cours de ces dernières années figure, selon nous, la nécessité d'une concentration et non d'une dispersion de l'exécutif si l'on veut une efficacité dans l'action. L'important serait à notre sens de ne point revenir au régime des associations d'autrefois, où l'abondance des états-majors était en raison inverse de leur activité réelle.

D'autre part, la décision serait prise de nommer un Directeur administratif. Le Conseil aurait décidé à l'unanimité (mais était-ce bien à lui d'en décider ?) que ce Directeur serait médecin. Il s'agit cependant non de soigner mais d'organiser. C'est là tout à la fois une science et un art qui ne s'improvisent pas. Et nous avons grand besoin de quitter enfin l'ère des improvisations...

Que ces critiques ne fassent toutefois point oublier un fait positif : un effort est actuellement tenté en vue d'une meilleure organisation du Conseil National. Tout résultat en ce domaine ne manquera point de produire, si imparfait soit-il, des résultats heureux.

***

Le Conseil départemental de l'Ordre du Nord a entendu, dans sa séance du 5 décembre dernier, un important rapport du Docteur BIERENT sur la médecine des mines. Vaste sujet et qui concerne très particulièrement l'assemblée lilloise : c'est pourquoi elle avait chargé le Docteur Bierent, d'entreprendre cette étude.

« *Institution surannée, illégale dans sa forme actuelle, nuisible à la fois aux intérêts des malades et du Corps médical.* »

C'est en ces termes que le rapporteur résume son impression sur la médecine des mines ; ils corroborent entièrement tout ce qui a été dit et écrit depuis de nombreuses années.

Mais le Conseil de l'Ordre du Nord paraît résolu à ne pas se contenter de confirmer la condamnation maintes fois prononcée, et le Docteur Bierent envi-

sage un redressement par paliers de la vétuste et vicieuse organisation des secours aux mineurs.

Le but à atteindre est l'instauration d'une médecine libre dans le cadre des Assurances sociales et dans les formes légales en matière d'accidents du travail.

En attendant sont préconisées : 1° l'étude d'un statut du médecin de mines ; 2° la mise au point d'un contrat collectif-type qui apportera au médecin des garanties inexistantes jusqu'ici ; 3° l'institution d'un barême minimum uniforme ; 4° la création dans chaque Conseil départemental d'une Commission chargée d'étudier les contrats, de communiquer son avis tant au médecin qu'à la Compagnie minière, d'exiger des Caisses de secours qui n'en allouent pas encore, des honoraires pour les soins chirurgicaux et de spécialités dispensés à l'hôpital, d'offrir son arbitrage dans les litiges entre médecins et employeurs.

Le Docteur Biérent rappelle opportunément que l'Ordre, chargé par la loi de défendre les intérêts des médecins, ne doit pas baisser pavillon devant l'oligarchie minière.

Souhaitons au Conseil du Nord de mener à bonne fin une action si vigoureusement énoncée.

***

A la suite de l'écho paru sous le titre « De l'entr'aide à la concussion » *dans notre numéro du 1er mars dernier, nous avons reçu du Président du Conseil collégial de la Seine, l'importante mise au point que nous sommes heureux de publier ci-dessous :*

Je n'ai pas l'intention de me plaindre de l'article de votre collaborateur sur le timbre-certificat, paru dans le dernier numéro du *Concours médical*, sachant apprécier l'humour et la fantaisie, mais je vous prie de lui faire remarquer qu'il a commis une erreur susceptible de jeter le trouble dans l'esprit de nos confrères.

Ce qui est obligatoire, d'ordre de la Préfecture de la Seine, c'est la rédaction des certificats de régime et d'allaitement sur des feuillets détachés des carnets qu'elle fait parvenir aux médecins. *L'apposition du timbre est facultative* (1), mais la Préfecture y attache une importance telle en vue du contrôle, qu'elle dispense les certificats qui en sont munis de la légalisation de la signature. Au moins en sera-t-il ainsi le jour où tous les médecins seront munis des carnets et ils en seront avisés.

Pour tous les autres certificats le timbrage est facultatif (1) et nous recommandons seulement aux médecins de l'opérer. Les médecins ont montré d'ailleurs beaucoup de bonne volonté à nous aider et nous les en remercions.

Je sais bien que le CONCOURS MÉDICAL ne peut être au fond que très favorable à une mesure qui doit donner des résultats si importants pour le Corps médical de la Seine et je vous prie, Monsieur le Directeur, d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Signé : BALTHAZARD.

Ainsi le Corps médical parisien obtient-il les assurances que nous souhaitions.

***

Dernièrement nous citions le Finistère comme un département où l'on poursuivait, en matière de conventions Ordre-Caisse, des expériences... discutables.

Aujourd'hui, nous sommes heureux de publier un

(1) *C'est nous qui soulignons.*

extrait de la récente convention intervenue dans l'Aisne entre le Conseil du Collège départemental de l'Ordre et la Caisse Mutuelle d'Assurances sociales agricoles.

Après avoir rappelé que « *le tarif d'honoraires applicable par ses membres aux assurés sociaux affiliés à la Caisse à la date de la signature de la Convention, est en principe le tarif minimum du Conseil prévu pour les malades de situation modeste* » — tarif annexé à la convention, le Conseil a engagé les membres du Collège « *à appliquer loyalement et obligatoirement dans la généralité des circonstances le tarif prévu ci-dessus. Cependant les médecins conservent la possibilité de le dépasser dans certains cas pour lesquels, sur plainte des assurés, ils seront soumis au contrôle du Conseil du Collège départemental qui devra, après instruction de l'affaire, transmettre le dossier au Conseil régional pour décision* ».

Voilà un département où, à l'exemple de la Seine entre autres, il n'est pas fait bon marché de l'entente directe et où, conformément au bon sens et aux principes d'une saine organisation de la profession, on ne se décharge pas sur les Caisses du soin d'assurer la discipline dans le Corps médical.

Nous souhaitons que les clauses adoptées dans cette convention soient prochainement reprises dans la convention-type que le Conseil national devrait, selon nous, établir d'urgence.

* * *

Editée par la *Fédération nationale des mutilés et invalides du travail*, la brochure qui porte le titre de « LA HERNIE, ACCIDENT DU TRAVAIL » dit bien ce qu'elle veut dire et que l'on pouvait attendre d'elle. La face médicale de la question a été assez compendieusement débattue, voici quelques mois, dans nos colonnes, pour qu'il soit superflu d'y revenir.

Par contre, la position prise par la Cour de cassation est ferme et les praticiens ont intérêt à la connaître telle qu'elle se dégage de nombreux arrêts et que la résume la brochure ci-dessus :

« Peu importe que ce soit au cours de l'exercice normal de la profession, peu importe que ce soit à la suite d'un effort même modéré que la hernie soit apparue *ou qu'ait été ressentie la douleur causée par son apparition*, peu importe également qu'il y ait chez la victime une prédisposition constitutionnelle, dès lors que l'effort a joué un rôle, *si minime soit-il*, dans l'apparition de la hernie ».

Les mots que nous avons nous-mêmes soulignés nous paraissent imprimer à la jurisprudence une tendance telle que le recours laissé au patron pour dégager sa responsabilité de l'accident de rapporter « la preuve formelle que l'apparition de la hernie est due uniquement à l'état morbide de la victime, à l'exclusion de l'intervention de tout effort, si minime soit-il », ce recours, disons-nous, sera vraisemblablement de pur style.

* * *

Les médecins-experts commis par les Tribunaux sont-ils tenus, vis-à-vis des confrères dont ils ont à discuter les certificats, à observer les règles de la déontologie ?

La question vient de se poser dans les circonstances suivantes : Un client du Docteur L., traité depuis sept ans pour des troubles neuro-végétatifs tant par le Docteur L. lui-même qu'à l'hôpital, est incarcéré pour escroquerie. Sur la demande de la famille, le Docteur L. délivre un certificat mentionnant en substance « que l'inculpé a été traité depuis 1937 pour troubles neuro-végétatifs, avec de fréquentes crises de vertiges qui ont conduit le malade à plu-

sieurs reprises à la consultation de la Salpêtrière». Ce certificat déclenche une expertise confiée au Docteur N., dont le rapport contient les phrases textuelles suivantes : « *le certificat du Docteur L. est manifestement mensonger et destiné à abuser la justice ... Un médecin ne peut notamment parler de vertiges lorsqu'il n'y a pas de troubles subjectifs à caractère rotatoire... Le médecin ment donc manifestement et a délivré un certificat de complaisance...* ».

Certes, les experts ont pour mission d'éclairer la justice, et sont tenus d'exercer leurs fonctions avec conscience. Ils peuvent être conduits à réfuter les opinions émises par des confrères, mais nous pensons qu'ils sortent de leur rôle lorsque, comme dans le cas présent, au lieu de se cantonner dans le domaine objectif des faits, ils tiennent sur un confrère des propos aussi diffamatoires.

Sans parler des recours civil et pénal auxquels le Docteur N. s'est exposé, il pourrait être frappé par le Conseil régional de l'Ordre de sanctions disciplinaires sérieuses. Il a contrevenu, en effet, à l'art. 65 du Code de déontologie, qui prescrit au médecin-expert « de toujours agir vis-à-vis de ses confrères avec correction». La sanction éventuelle serait d'autant plus efficace que le Conseil de l'Ordre, consulté par la Cour d'appel lors de la confection annuelle de la liste des médecins experts, serait fondé à émettre un avis défavorable à la présence du Docteur N. sur cette liste.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

5025. — Pansements concomitants aux deux yeux

Nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien nous donner votre avis sur l'application du tarif accidents du travail pour un médecin oculiste.

Il s'agit d'un blessé atteint de lésions aux deux yeux pour lesquelles le Docteur a dû pratiquer deux pansements à chaque visite. Chacun de ces pansements nous est compté 33,75.

Nous avons invoqué les pansements multiples sur le même membre prévus à l'art 16 du tarif, et avons offert, s'agissant d'un oculiste, 41 fr. 25 pour les deux pansements.

Notre offre a été refusée par le Docteur, prétendant qu'il s'agit de membres différents avec une tarification distincte pour chacun d'eux.

Cie X.

Réponse

Il est de jurisprudence reconnue qu'un pansement à chacun des deux yeux d'un même blessé dans une même séance, est considéré comme « pansements multiples sur le même membre » et doit être payé comme tel : soit, par analogie avec l'art. 16, environ un quart en plus que le pansement simple. Ce qui fait étant donné le prix du pansement simple d'un oculiste : 22,50 + 5,50 = 28 francs. Il convient depuis le 1er janvier, d'ajouter une majoration de 50 %, donc 28 + 14 = 42 francs.

Dr Fernand DECOURT.

6094. — Visites de nuit à l'hôpital

Dernièrement, je suis réveillé à 4 heures du matin pour me rendre à l'hôpital d'extrême urgence auprès de trois cheminots blessés dans un déraillement et imbibés de SO^4H^2.

Je suis resté une à deux heures à soigner ces trois blessés, dont les yeux et les paupières avaient bien souffert, de concert avec un chirurgien de l'hôpital qui s'occupait des autres parties du corps également brûlées. Je ne suis pas de la S.N.C.F. et cela se passait à l'hôpital de D., dont je fais partie comme seul spécialiste de la région.

Depuis, j'ai suivi régulièrement ces blessés, qui, par miracle, ont la vue sauvée.

1° Quels honoraires puis-je demander pour mon déplacement nocturne ?

2° Est-ce que les tarifs d'accident du travail sont les mêmes à l'hôpital qu'au cabinet du médecin ou à domicile, ou ailleurs ... ?

Dr B.

Réponse

1° *Voir art. 30—C) où il est dit : « Si, au cours de l'hospitalisation, un acte de spécialité est pratiqué à la demande du chef de service ou du médecin de la clinique par un spécialiste autre que le chef de service, cet acte quel qu'en soit le prix, sauf s'il s'agit de séances de massage ou de mobilisation, donne lieu à un honoraire au profit du spécialiste qui l'a exécuté*, au tarif prévu pour les soins à domicile ou au cabinet ».

2° *Il s'agit donc de* trois visites de nuit, *en l'espèce, mais concommitantes, et dans lesquelles l'indemnité de dérangement de nuit ne peut être comptée qu'une fois. Donc:* 1 *visite* × 3 = 3 *visites plus une visite simple pour chacun des deux autres blessés, soit en tout le prix de* cinq visites simples, *soit* 17 × 5 = 85 *francs plus* 50 % *de majoration globale*, = 85 + 42,50 = 137 *fr.* 50, plus *les certificats habituels aux prix également majorés de* 50 %; *plus déplacement, s'il y a lieu* ».

Dr Fernand Decourt.

---

b) *Assurances sociales*

5456. — Prostatectomie en deux temps

Je serais heureux d'avoir l'avis du « Sou médical » sur le cas suivant au sujet duquel, nous sommes en désaccord avec les Caisses d'assurances sociales.

De nombreux malades, la quasi-unanimité, atteints d'hypertrophie de la prostate, subissent une cystostomie sus-pubienne, intervention marquée à la nomenclature avec le coefficient K.60. Un certain nombre de ces malades restent définitivement avec leur sonde sus-pubienne. La plupart subissent, après un intervalle variant de quelques semaines à plusieurs mois, une deuxième intervention marquée à la nomenclature : prostatectomie Chi K.120.

Sur les feuilles de maladie, nous indiquons donc, avec leurs dates respectives, ces deux interventions avec les coefficients respectifs de K.60 et K.120.

Or, les Caisses d'Assurances sociales prétendent que ces deux interventions ne doivent pas être comptées séparément, mais que leur total doit faire seulement K.120 comme dans les cas, très exceptionnels dans nos régions, où la prostatectomie est pratiquée sans cystostomie préalable. Et, d'une manière tout à fait arbitraire, une de ces Caisses impose la notation suivante :

Cystostomie.............	K 40
Prostatectomie...........	K 80
Total.............	K 120

Rien ne l'autorise, à mon avis, à modifier de par sa seule volonté, la nomenclature qui, dans deux colon-

nes différentes, note la cystostomie K60 et la prostatectomie K120 (sans spécifier aucunement si cette dernière intervention a été faite en un ou deuxt emps).

Dans une dernière lettre, émanant du contrôleur de cette Caisse, on accepterait le chiffre K.140 + K. 60 + K.80 pour les deux interventions réunies. Ce dernier chiffre n'est pas moins arbitraire que les précédents.

La question a un intérêt de principe qui ne vous échappera pas. En tout cas, nous estimons que nous devons nous défendre contre toutes les décisions arbitraires des Caisses, lesquelles se renouvellent de plus en plus dans tous les domaines.

Dr R.

Réponse

Je crois utile de vous donner un extrait de la future Nomenclature telle qu'on vient de l'établir au Conseil National. Avec les précisions qu'elle donne sur le cas dont vous partez, vous pourrez avoir une base de discussion sérieuse. Je copie :

« a) *Prostatectomie en un seul temps avec ou sans ligature des canaux déférents K.140.*

b) *Prostatectomie en deux temps :*

1er *temps K.60 ; 2e temps par le même chirurgien K.60, Par un autre chirurgien, K.80* ».

Ceci sera probablement la règle dans quelque temps. En attendant, vous pourriez vous en servir à titre indicatif.

Dr Fernand Decourt.

---

c) *Soins aux pensionnés de guerre*

4741. — Ablation de séquestre

Dans l'ancien tarif des soins aux pensionnés de guerre, il y avait : extraction de séquestre osseux : 100 francs.

Dans le nouveau, je ne trouve rien à cet égard.

Il s'agit en l'occurence de l'incision d'un abcès osseux provenant d'une pseudarthrose de l'avant-bras avec extraction d'un séquestre.

Je vous serais reconnaissant de m'indiquer comment je dois tarifer cet acte opératoire.

Dr R.

Réponse

L'incision d'abcès chaud est marquée 50 francs. Il n'y a plus rien d'indiqué pour « extraction de séquestre » celui-ci, a-t-on dit, n'étant extrait d'ordinaire au cours d'une incision d'abcès que lorsqu'il se présente de lui-même et n'a qu'à être cueilli.

Je ne vois donc pas sur quel point du tarif vous pourriez vous baser pour demander un honoraire spécial à ce sujet.

Toutefois, s'il s'agissait d'un gros séquestre osseux dont l'extraction est une véritable petite opération, il y aurait lieu, ce me semble, à une entente sur le prix de l'intervention entre le médecin traitant et le médecin contrôleur alors qu'il y a carence à ce sujet dans le nouveau Tarif, autant que j'ai pu en juger du moins.

Dr Fernand Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

Durée de la relève des médecins prisonniers

Il avait été dit, à plusieurs reprises, au moment de la mise en route de la Relève des médecins prisonniers, que les médecins releveurs n'étaient destinés à rester dans les camps que pendant une durée d'un an.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si cette disposition est toujours en vigueur ou si, au contraire, on ne doit pas considérer que les

médecins-releveurs sont, à l'heure actuelle partis pour une durée plus ou moins indéterminée.

Dr G.

Réponse

Nous avons tenu à demander officiellement l'avis du Ministère de la Santé sur cette grave question. Voici la réponse qui nous fut adressée :

Monsieur le Directeur,

Comme suite à votre lettre du 21 décembre 1943, j'ai l'honneur de vous faire connaître que rien n'a été changé au principe de la durée de séjour de un an dans les camps de prisonniers, des médecins civils ayant effectué la relève de leurs confrères prisonniers.

Je vous prie d'agréer, ...

Pour le Secrétaire d'Etat,

BARBET.

Demandes et Offres

No 67. — Le Dr Wallet est amateur de tt docum. cur. relat. au pied et à la chauss. Clin. de Podologie, 3, rue La Bruyère, Paris (9e) Trinité 63-63.

No 68. — On dem. une surv. infirm. diplomée d'Etat pour serv. de Maternité dans un hopital de prov. Sér. référ. exig.

No 69. — A vend. appar. radiographie améric. Coolidge de la Gle Electr. Comp. pour radio à domic exc. état. S'adr. Mme G. Leblanc, rte de Sospel, à Menton (A.-M.).

No 70. — Sage-f. propriét. clin. d'accouch. ville ainist. dcm. pl. assist. près médec. accouch. à Paris en vue d'une assoc. apr. guerre.

No 71. — A vend. divors instrum. dentaires, état nf.

No 72. — Méd. agé et surch. dem. jeune confr. pour le second. Ir. bonne client. de pet. ville du Centre. Possib. de prend. suite ultér. Ecr. av. condit. si poss. à Mr Malepait, 20, rue des Fêtes, à Paris (19e).

No 73. — Conf. cherche poste médec. gle dans cheflieu de cant. ou pet. ville. dans rég. Eure, Est de la Seine-Inférieure, E.-et-L. Orne, Calvados, S.-et-O.

No 74. — On dem. remplaçant pour import, client. de ville et de campagne, longue durée, moitié recettes. Moyen locomotion assurés.

No 75. — Méd. camp. cherche confr. cathol. pour collab. en vue succ.

No 76. — Méd. 40 ans libre matinées et après 5 h. cherche assist. ou occupat. médic. quelc. ou paramédic.

No 77. — Ach. radiat. électr. nf ou occ. march. sur force motrice 220 volts. Dr Méric à Clairac (L.-et-G.).

No 78. — Envir. Paris, client. méd. gle, mi-rurale, mi-ouvr. à céd. avec motobécane ou Rosengart 6 CV.

No 79. — Lab. bien outill. dispos. vastes loc cherchent conditionnem. à faç., pour spécialités de confr. Ecrire 1re lett. référ. Y. C. à Contesse-Publicité, 8 square Dordogne, Paris 17e qui transm.

No 80. — Agent général, bien introd. désirer. adj. à portef. nouv. spécial. pharmac. Ecrire 1re lett. référ. X. O. à Contesse-Publicité, 8 Square Dordogne, Paris 17e qui transm.

No 81. — On demande nurse pour enf. de 3 ans et bébé (Gard).

No 82. — A v. forceps Tarnier, sept daviers, seringue dent. cautère-lumière, miroir frontal. Dr Vautier, 3 rue Amiral Cloué, Paris 16e.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : No 3 — 44-2
No d'autorisation : 77 et Pa 692 No au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — Nos 16 et 17 — SAMEDI 15 AVRIL 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

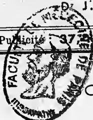
Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Dr J. NOIR, Directeur

Le No 5 frs

R. C. Seine 76.579 — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, Rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Cours de perfectionnement de gynécologie du Professeur Jeanneney et Journées gynécologiques de Dax.* — Le *cours de perfectionnement de gynécologie* du Professeur Jeanneney aura lieu du 22 au 27 mai 1944 aux Nouvelles Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André. Un certificat sera délivré aux médecins qui auront suivi les cours et travaux pratiques. Les inscriptions, reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux, sont limitées et seront closes le 20 avril. Droit d'inscription : 200 francs.

Faisant suite au Cours du Professeur Jeanneney, deux *Journées gynécologiques* auront lieu à Dax les 27 et 28 mai. Des exposés seront donnés par MM. les Professeurs Leriche (Collège de France), Avel (Faculté des Sciences), Binet (Nancy), Champy (Paris), Cotte (Lyon), de Gennes (Paris), Guy Laroche, Le Lorier (Paris), Letard (Alfort), Mauriac (Bordeaux), Turpin (Paris), etc... Des communications particulières et des discussions suivront ces exposés. Pour la participation aux Journées de Dax, s'inscrire au Centre de transfusion sanguine, Hôpital Saint-André (Nouvelles Cliniques chirurgicales). Droit : 180 francs.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Clinicat.* — Le Docteur Pierre DAURE est nommé chef de Clinique et le Docteur FOUCRIER, chef de Clinique adjoint, à la *Clinique oto-rhino-laryngologique* (Service du Professeur Portmann).

— **Hôpitaux de Paris.** *Répartition des internes et des externes en médecine pour l'année* 1944-1945. — La répartition dans les services hospitaliers des élèves externes, pour entrer en fonctions le 15 mai 1944, aura lieu, suivant l'année du concours et le rang de classement, du 19 au 28 avril.

La répartition des élèves internes et externes en premier, pour entrer en fonctions le 1er mai 1944, a eu lieu du 3 au 6 avril.

— *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* —. M. LOISEAU est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

— *Concours d'assistant en chirurgie.* — Sont nommés assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris : MM. Olivier MONOD, BARCAT, DEBEYRE, ADAM et LASCAUX.

— **Hôpital psychiatrique de Pulet-Agen.** *Internat.* — Une place d'interne en médecine est libre immédiatement à l'hôpital psychiatrique de Pulet, à Agen. Nourriture. Logement. 7.200 francs par an. Conditions requises : Français-Aryen. Seize inscriptions. Ecrire Directeur Hôpital psychiatrique de Pulet, à Agen.

— **Sou médical.** — *Nouvelles adhésions.* — Au cours de sa réunion du 9 mars 1944, le Conseil a prononcé l'admission de 43 confrères.

— *Assemblée générale ordinaire.* — Les conditions de quorum prévues par la loi et ses statuts n'ayant pas été réunies le 7 avril dernier, une deuxième assemblée générale se tiendra le 5 mai prochain, au siège social, 37, rue de Bellefond, à 14 h. 30.

ORDRE DU JOUR. — 1° Lecture des rapports ; 2° Approbation des comptes de l'exercice 1943 ; 3° Nomination d'administrateur et de commissaires aux comptes ; 4° Fixation du montant de la garantie et des cotisations pour 1945 ; 5° Ratification des décisions du Conseil relatives à l'excédent de 1943 ; 6° Approbation de la liste des valeurs ; 7° Rémunération des administrateurs ; 8° Questions diverses.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jean-François Cuvier, sixième enfant du Docteur Cuvier, de Saint-Christophe (Indre-et-Loire) ; de Bernard Charrieau, fils du Docteur M. Charrieau, de Romillé (I.-et.V.) ; de Patrick et Guylaine Germain, troisième et quatrième enfants du Docteur Germain, de Gargenville (S.-et-O.) ; de Jacques Plouviet, fils du Docteur Edmond Plouviet, de Mortagne-du-Nord (Nord) ; de Jean Nicaise, deuxième enfant du Docteur Nicaise, de Saint-Dizier.

— **Mariages.** — On annonce le mariage du Docteur Maurice Diaz de Soria, ancien interne pr. des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Louise Lagrave ; de Monsieur Pierre Besson, fils du Docteur Etienne Besson, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Joseph, avec Mademoiselle Pauline Alilaire.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Louis Gourichon, de Paris ; du Docteur Maurice Jossand, décédé à Martoux, par La Guerche-sur-l'Aubois (Cher) ; du Docteur Gustave Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien des prisons de la Seine, père du Docteur Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux; du Docteur Joseph Jullien, de Bellême, père du Dcoteur Michel Jullien, de Barenton (Manche) ; du Docteur Adrien Besson professeur honoraire à la Faculté libre de Lille ; du Docteur Paul Rudaux, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, professeur honoraire à la Maternité.

— Nous apprenons la mort de Madame Antonin Debidour, veuve de l'ancien professeur à la Sorbonne, mère et grand'mère des Docteurs Antonin et André Debidour, médecins consultants au Mont-Dore, et du Docteur Henri Debidour, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— On nous prie d'annoncer le décès de M. François Barral, Officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 1914-18, Président-Directeur général de la Société parisienne d'Expansion chimique, survenu à Paris, le 18 mars 1944.

Mort du Docteur Serge HUARD

Nous ne pouvons laisser disparaître celui qui, au lendemain de la défaite, prit en charge la Santé Publique sans évoquer l'œuvre d'organisation et d'innovation accomplie par lui.

Son premier soin fut d'instituer l'Ordre des Médecins : il encourut à ce sujet beaucoup de haine et d'incompréhension. L'institution n'était certes pas parfaite ; mais qui peut du premier jet aller à la perfection ! Il faut en tout cas convenir que les hommes qu'il avait appelés aux divers conseils n'étaient pas si mal choisis puisque beaucoup furent confirmés par l'élection de leurs pairs.

Il mit sur pied une administration sanitaire entièrement renouvelée et l'accota de la loi sur l'organisation hospitalière.

Que ces initiatives appellent des remaniements, c'est le sort de toutes les vastes entreprises. Il n'en demeure pas moins que Serge Huard emporte le rare mérite d'avoir édifié sur un champ de ruines et dans une atmosphère de désarroi.

Et cela donne la mesure d'un tempérament.

Allocations familiales pour les veuves de médecins chargées de famille

Il ne semble pas que les veuves de médecins chargés de famille aient songé jusqu'à présent à profiter des avantages que la loi a prévus pour elles. Nous rappelons que la loi du 9 septembre 1942 étend le bénéfice des allocations familiales aux veuves chargées de famille. Un décret du 2 novembre 1943 vient de préciser les modalités d'application de cette loi.

Il résulte de ce texte, que les veuves chargées de famille peuvent prétendre aux prestations prévues par la loi, quelle que soit la date du décès de leur mari à condition toutefois qu'elles ne perçoivent pas déjà elles-mêmes les allocations du fait de leur travail.

Pour avoir droit à ces allocations, il faut que la





veuve ait à sa charge au moins deux enfants âgés de moins de 14 ans, cette limite d'âge étant portée à 17 ans, si l'enfant est en apprentissage et à 20 ans s'il poursuit ses études.

La procédure est la suivante : Faire une demande au délégué régional à la Famille en justifiant que son mari aurait été bénéficiaire des allocations si la législation actuelle avait été en vigueur au moment de son décès ou si une Caisse de Compensation de sa profession avait été constituée antérieurement à son décès ou encore s'il avait été régulièrement affilié à une Caisse.

Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le *Docteur* DELHERM, président, salue les disparus et assure de la sympathie de tous, les médecins sinistrés. Il rappelle que l'Association née en 1942, possède actuellement environ 600 membres.

Il demande que chacun veuille bien collaborer le plus intimement possible avec le Bureau pour l'aider dans la défense des questions hérissées de très grandes difficultés, qui intéressent la spécialité.

Il remercie les Docteurs BELOT et COLIEZ d'avoir accepté la représentation du Groupement auprès de l'Ordre National. Il remercie également les Docteurs BLAIRON, MOUTARD et ROQUES, et tous ceux qui ont facilité par leur activité la tâche du Bureau.

Le Docteur AIME, secrétaire général, résume les initiatives prises par le Bureau en 1943, constate que l'Assemblée générale a été nombreuse malgré les difficultés actuelles, et propose l'homologation des 130 candidatures présentées au cours de l'année. Ces admissions ne deviendront définitives qu'après que le Conseil de l'Ordre aura défini la qualification. Il annonce la création au sein de l'Association, d'une section de médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. Il proclame le résultat des élections au Conseil d'administration et au Bureau de l'Association.

Le Bureau est ainsi constitué : président, Docteur DELHERM ; vice-présidents, Docteurs COLIEZ et PONTHUS ; secrétaire général, Docteur AIME ; secrétaire adjoint, Docteur PORTRET ; trésorier, Docteur ORDIONI ; trésorier adjoint, Docteur THOYER-ROZAT ; délégué des sinistrés, Docteur DEMARQUET.

En ce qui concerne la qualification des électro-radiologistes, l'Ordre est en possession depuis 1942 de notre liste de propositions. Les demandes nouvelles ne seront transmises qu'après définition du spécialiste par l'Ordre National.

Le rapport BEAU qui prévoit les modalités d'enseignement de la spécialité et demande la création d'une chaire d'électro-radiologie a été adressé à la Commission de Réforme des Études médicales. Il a été demandé que certaines personnalités de l'Association ainsi que les Professeurs de physique des Facultés soient convoqués en vue d'une étude en commun de la question. Ce projet prévoit trois années d'études couronnées par un diplôme, qui seul, peut donner droit à la qualification.

Les Docteurs BELOT et COLIEZ exposent les difficultés rencontrées lors de la discussion du projet de la Nomenclature, devant la Commission de l'Ordre National.

Une demande sera faite pour obtenir l'unification du tarif de responsabilité des Caisses auprès du ministère du Travail.

Après avoir unanimement réprouvé, une fois de plus, la dichotomie, l'Assemblée discute des questions des assurances, des honoraires, des K. V. D., des restrictions de courant électrique, des fournitures radiologiques, du contrôle des appareils, de la question fiscale, des actions en cours contre l'exercice illégal, de la retraite, du chauffage et de l'éclairage des cabinets radiologiques.

(*Communiqué*)

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil national

Le Ministère de la Santé et de la Famille nous communique la lettre suivante :

La gravité de la question de l'approvisionnement en lait m'incite à vous demander de faire connaître aux praticiens certaines données du problème.

Je suis persuadé que, mieux avertis de la situation, ils pourront à l'avenir mieux résister aux sollicitations dont ils sont l'objet de la part de la clientèle, en vue de la délivrance de certificats qui tendent à l'attribution, soit de lait concentré, soit de régimes comportant du lait frais.

Aussi, je m'empresse de vous fournir quelques informations à ce sujet :

Lait concentré

En 1942, la consommation de la France métropolitaine avait absorbé 530.786 caisses.

En 1943, les fabrications pour la France furent portées à 747.184 caisses présentant une augmentation de 40 % des ressources par rapport aux deux années antérieures, mais la consommation atteignit 741.300 caisses, interdisant tout stockage de sécurité.

De 53.912 caisses au mois de janvier 1943, dépense déjà supérieure à celle de n'importe quel mois de 1942, elle s'éleva à 76.000 caisses au mois de décembre. Dès octobre, elle excédait très sensiblement la fabrication des condenseries. Elle avait augmenté de 80 % dans la région d'Orléans, de 65 % dans celle de Rennes. Dans la région parisienne, elle était passée de 11.000 caisses au début de l'année à 30.000 caisses au mois de décembre. Dans la capitale, 50 % des enfants de moins de 18 mois bénéficiaient alors d'une carte de lait condensé, et le département de la Seine absorbait, à lui seul, la production globale mensuelle des huit usines françaises, qui tombe à 25.000 caisses à l'époque de baisse saisonnière, qu'accentue cet hiver l'énorme réduction de production laitière provoquée par la sécheresse de l'année 1943.

Le programme que le Ministère de l'Agriculture et du Ravitaillement avait élaboré en vue de ménager, dans les centres urbains éloignés des régions d'élevage, des réserves de lait concentré qui assurent la subsistance des jeunes enfants si des opérations militaires sur notre territoire interrompaient les transports, n'a pu être poursuivi, et c'est dans une période de soudure difficile que la nécessité de la réaliser devient pressante ; à l'heure actuelle, la faiblesse des stocks est des plus angoissantes.

Des mesures sévères étaient donc indispensables pour réduire la consommation. Vous les connaissez :

— Réserver le lait concentré aux enfants intolérants au lait frais jusqu'à neuf mois, sans accorder aucune dérogation.

— Réduire la ration de lait frais des enfants de plus de 18 mois pour faciliter l'approvisionnement des condenseries.

— Fermer quelques usines fromagères et beurreries.

Il est possible que, dès la saison chaude pendant laquelle la production laitière augmente notablement, des atténuations soient apportées à ces prescriptions rigoureuses.

Lait frais

Pour développer la fabrication du lait concentré à l'époque de moindre lactation, les attributions de lait frais aux enfants de 18 mois à 6 ans ont été diminuées de 30 %. Mais le même sacrifice n'a pas été imposé aux adultes qui bénéficient de régimes comportant du lait. Or, leur proportion par rapport à la population générale. n'est pas négligeable, et elle ne cesse de croître, en ce qui concerne le régime II.

Au 1er janvier 1942, 41.237 personnes étaient soumises au régime lacto-végétarien.

Au 1er octobre 1943, leur nombre atteignait 341.000.

Ce nombre était passé dans certains départements par exemple : de 288 à 8.670; de 133 à 3.803 ; de 210 à 3.197.

Dans d'autres départements tributaires de régions éloignées pour le lait, 5,80 %, 5,41 % de la population totale étaient placés sous le régime II.

Il tombe sous le sens qu'en dix-huit mois, le nombre de « malades » subitement astreints au régime lacto-végétarien n'a pas progressé dans la proportion de 1 à 10, 1 à 30 et 1 à 40.

Par contre, les disponibilités en lait pour servir ces régimes ne se sont guère accrues, malgré tous les efforts du Ravitaillement général. La rupture d'équilibre était fatale si les médecins continuaient à ordonner des régime II. Elle s'est produite.

En outre les services du Ravitaillement me signalent, avec des indications très précises, que le nombre des régimes I est, lui aussi en progression considérable.

La nécessité s'impose de revenir à des procédés normaux, dont le premier est de ne distribuer que ce que l'on a. J'étudie, de concert avec le Ravitaillement général, le moyen pratique de faire mettre chaque mois à la disposition de chaque Collège départemental de l'Ordre, un certain contingent de régimes comportant du lait que les médecins pourraient attribuer à leurs malades, sous le contrôle étroit du Collège départemental. (*Communiqué.*)

Conseil régional de la région de Paris

Les docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes qui demandent leur inscription au Tableau de l'Ordre des médecins doivent accompagner leur demande des pièces suivantes :

1° Extrait de naissance (1) ;

2° Bulletin de naissance de votre père (2) ou toute autre pièce attestant de sa nationalité ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ;

4° Copie certifiée conforme des documents probatoires des titres universitaires, hospitaliers, scientifiques allégués ;

5° Copie certifiée conforme des documents probatoires des distinctions honorifiques ;

6° Extrait du Casier judiciaire (3) ;

7° Déclaration de non Juif ;

8° Dans les cas prescrits par l'Ordre des médecins, engagement de suppression des installations secondaires ;

9° Les médecins et les chirurgiens-dentistes qui tombent sous le coup de la loi du 22 novembre 1941 sur les étrangers doivent fournir une dérogation à cette loi (4). (*Communiqué*).

(1) *Délivré sur papier timbré contre la somme de 13 francs plus une enveloppe timbrée.*

(2) *Délivré sur papier libre ; spécifier qu'il s'agit de renseignements administratifs pour inscription au Tableau de l'Ordre des médecins. Joindre à la demande une somme de 4 francs (2 fr. 50 taxe communale, plus 1 fr. 50 pour frais d'envoi).*

(3) *Adresser la demande au Greffe du Tribunal de première instance du lieu de naissance (cout ; 20 francs).*

(4) *Faire les demandes de dérogation : Bureau d'hygiène, Préfecture de police.*

Comité de coordination de la région parisienne

Le Comité de coordination des Collèges départementaux de l'Ordre des médecins de la Région parisienne s'est réuni le 19 mars 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Docteur Larget.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à une discussion relative à l'interprétation qu'il y a lieu de donner à l'article 4 de la Convention passée en avril 1942 entre l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne et les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. L'article 4 de cette Convention prévoit que les Conseils de l'Ordre des médecins veilleront à ce qu'en règle générale, il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima fixés par lesdits Conseils. Or, d'assez

nombreux médecins, chirurgiens et spécialistes, même n'ayant aucun titre universitaire ou hospitalier, demandent aux assurés de situation modeste des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima. D'où plaintes des Caisses qui estiment que certains Conseils départementaux ne remplissent pas leurs engagements en ne rappelant pas les confrères au respect tant des stipulations du contrat que des articles 18 et 21 du Code de déontologie. Après une longue discussion où tous les aspects du problème ont été envisagés, aussi bien du point de vue social que de celui des intérêts professionnels, le Comité de Coordination a décidé à l'unanimité des membres présents de demander à l'Union des Caisses, la réunion de la Commission paritaire Union des Caisses — Ordre des médecins afin d'arriver à un accord pratique donnant satisfaction aux deux parties en cause.

L'attitude du Comité de Coordination vis-à-vis de la Mutualité et notamment vis-à-vis des Caisses chirurgicales mutuelles a fait également l'objet d'un important débat. Celui-ci s'est déroulé dans le même esprit de collaboration avec les organismes mutualistes auxquels la Charte du travail donnera vraisemblablement une nouvelle impulsion dans les mois qui vont suivre.

Parmi les nombreuses autres questions examinées au cours de la séance du 19 mars, citons celle de la révision de la nomenclature, révision qui paraît maintenant terminée et celle de l'application dans les hôpitaux de la Région parisienne du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 sur la réforme hospitalière, application à laquelle seront appelés à participer à la fois les Conseils départementaux et le Comité de coordination.

Enfin le Comité de coordination, dans un but d'information toujours plus étendu, a décidé de convoquer désormais à toutes ses séances, un représentant des différentes catégories de médecins spécialisés.

(*Communiqué*).

○ ○

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

MÉDECINS INTERDITS

Par arrêté du 25 février 1944, le bénéfice des dérogations prévues par la loi du 22 novembre 1941 est refusé aux praticiens d'origine étrangère dont les noms suivent, à qui l'exercice de la profession est, en conséquence, définitivement interdit :

M. le Dr Boccassini, exerç. ant. à Menton, 62, rue Boyer ; M. le Dr Schechter, exerç. ant. à Juan-les-Pins ; M. le Dr Rostin, exerç. ant. à Viroflay (Seine-et-Oise) ; M. le Dr Sebag, exerç. ant. à Villeurbanne, 93, rue Henri-Rolland ; M. le Dr Principale, exerç. ant. à Paris (VIe), 17, rue Racine ; M. le Dr Libman, exerç. ant. à Magnac-Bourg (Haute-Vienne) ; M. le Dr Leibovici, exerç. ant. à Limoges, 7, rue d'Isly.

(*J. O.* 12 mars).

Frais de justice en matière criminelle

Décret du 18 *mars* 1944
modifiant le décret du 5 *octobre* 1920 (*extraits*)

Art. 1er. — Les chapitres 2 à 7 inclus du titre II du décret du 5 octobre 1920, modifié par les décrets des 19 septembre 1941 et 18 août 1942, sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

. . . .

b) *Médecine légale*

« *Art.* 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

« 1° Pour une visite judiciaire, comportant un ou plusieurs examens de malade ou de blessé avec dépôt d'un rapport :

« A Paris : 100 francs.

« Dans les autres localités : 80 francs ;

« 2° Pour autopsie avant inhumation : 290 francs ;

Voir la suite page XIV-220

PARTIE SCIENTIFIQUE

STRYCHNINOTHÉRAPIE INTENSIVE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

Par le Docteur R. Liège

Ancien Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Les hautes doses de strychnine en pratique médicale quotidienne trouvent leurs indications majeures dans l'intoxication barbiturique et dans l'intoxication alcoolique fréquente chez l'adulte, rare chez l'enfant.

En médecine infantile leur emploi est appelé à rendre des services dans des infections générales ou pulmonaires graves, dans les toxi-infections sévères, dans des infections locales avec gros retentissement sur l'état général, mais, c'est surtout dans l'intoxication diphtérique que l'on en obtient le maximum de résultats et souvent dans des cas qui, de prime abord, paraissent désespérés.

L'observation suivante en est un exemple :

L'enfant C. Jean, âgé de 5 ans 1/2, entre dans le Service de médecine infantile de l'hôpital Léopold-Bellan, le 17 mars 1943, pour une paraplégie avec paralysie du voile, paralysies oculaires, asthénie profonde et troubles respiratoires.

Son histoire est la suivante :

Au début du mois de février, sa sœur présente une angine blanche suspecte de diphtérie, mais non confirmée par le laboratoire. Cette angine guérit sans sérothérapie et sans complications. Quelques jours plus tard une angine, présentant des caractères identiques, se déclare chez Jean ; mais rapidement l'angine s'avère cliniquement de nature diphtérique et l'enfant reçoit 50.000 unités de sérum.

Au bout de huit jours, l'angine disparaît et l'enfant commence à se lever et à marcher. Il a bon appétit et paraît — quoique un peu fatigué — se remettre complètement de sa maladie.

Toutefois, vers le 12 mars, c'est-à-dire près d'un mois et demi après le début de l'angine, il flageolle sur ses jambes et commence à rejeter par le nez les liquides et aliments qu'il absorbe ; rapidement, la paralysie des membres inférieurs devient complète et l'enfant profondément asthénique.

A son entrée, le 17 mars, la température est à 37°9 ; le pouls est rapide, mais régulier à 140 ; la tension artérielle est à 8 1/2-6 au Vaquez ; le cœur ne paraît pas augmenté de volume ; on ne note pas de bruit de galop ; le foie est légèrement augmenté de volume. Il n'y a pas de vomissements. L'auscultation révèle des râles de bronchite diffuse. La respiration est rapide, irrégulière ; l'asthénie profonde, la pâleur extrême. Il n'existe pas d'albuminurie. La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

On note un ptosis bilatéral, une paralysie vélo-palatine et une paralysie flasque des membres inférieurs avec aréflexie tendineuse. Somme toute, cet enfant présente une paralysie généralisée tardive avec un état d'intoxication diphtérique marqué, survenu à la suite d'une angine tardivement traitée.

Dans ces conditions, on prescrit des injections intra-veineuses quotidiennes de 1/8 de milligr. d'ouabaïne, une injection de dioxycorticostérone à la dose de deux milligr. et, d'emblée, cinq injections de 5 milligr. de strychnine par 24 heures. Ce traitement par la strychnine à hautes doses a été ainsi continué :

5 injections de 5 milligr. les quatre premiers jours,
5 injections de 4 milligr. les trois jours suivants.
5 injections de 3 milligr. les sept jours suivants.

Le 31 mars, l'enfant dont l'état est nettement amélioré présente à la suite d'injections de strychnine une crise de contracture. On lui administre, sur le champ *per os* cinq centigrammes de gardénal et, à partir de ce moment, on cesse la strychnine. L'enfant est alors soumis à un traitement par la vitamine B1 et l'on commence au début d'avril un traitement physiothérapique.

Il sort de l'hôpital le 10 avril très amélioré, mais ne pouvant encore marcher. Un mois et demi plus tard, il revient à la consultation présentant simplement une aréflexie tendineuse.

Au total, pendant une période de 14 jours, ce garçon qui pesait 15 kgr. 900 a reçu une dose de 265 milligr. de strychnine, soit 26 centigr. 1/2.

La strychnine, considérée comme un médicament très toxique, est, à ce titre, inscrite au tableau A.

Pour l'adulte, les doses données au Codex (1) sont les suivantes :

Dose maxima pour une dose adulte.		0,006
	pour 24 heures..........	0,018

Pour les enfants, les doses classiques sont les suivantes :

Enfants : 0,001 à partir de 3 ans ;
0,001 à 0,002 de 5 à 10 ans.

Dans le traité de médecine des enfants de P. Nobécourt et Babonneix, on trouve les indications suivantes :

Sulfate de strychnine, d'un demi à un milligramme par jour, en injections sous-cutanées d'une solution aqueuse. Très toxique.

Il en est de la strychnine comme de beaucoup de médicaments dont la dose maxima, inscrite au Codex, est, en réalité, inférieure à ce qu'elle pourrait être.

Pour la strychnine, la zone de maniabilité est grande ; c'est-à-dire qu'entre la zone susceptible de faire apparaître les premiers signes d'intoxication et la dose minima mortelle, l'écart à franchir, écrit Janbon (2), est encore très grand.

Ceci est encore plus vrai pour l'enfant que pour l'adulte, car la résistance de l'individu jeune aux toxiques, telle qu'elle résulte d'une classique expérience de Paul Bert, est un fait bien connu. En pratique, les doses de strychnine que l'on peut prescrire chez l'enfant peuvent être très supérieures à celles indiquées par les classiques.

(1) Codex medicamentarius gallicus, t. I, 6e édit., 1937.

(2) Janbon. — La Strychninothérapie et la diphtérie maligne. *Montpellier médical*, t, XIV, n° 1, juillet 1938.

L'expérience prouve que les sujets malades supportent de plus fortes doses de strychnine que des sujets sains. Des doses très élevées de strychnine peuvent être utilisées dans les toxi-infections graves de l'enfance, mais la codification en est difficile, la posologie devant, en pratique, se baser sur l'impression clinique, le tempérament de l'enfant, la tolérance, les réactions, le résultat obtenu, etc... Dans de nombreuses circonstances, il est bon d'avoir présent à la mémoire la loi de Gubler si juste et si méconnue : « On peut donner d'un médicament des doses d'autant plus élevées que l'organisme est dévié par la maladie dans un sens opposé à celui du traitement ».

Dans l'intoxication diphtérique grave, grâce aux travaux de Paisseau (1) et de ses collaborateurs, une codification de l'emploi des hautes doses de strychnine a pu être établie parce que, cliniquement et expérimentalement (Jannette-Walen Sauvy), l'augmentation de la tolérance à la strychnine, dans la diphtérie, est plus marquée que dans n'importe quelle autre toxi-infection.

Dans l'observation indiquée ci-dessus un garçon de 5 ans 1/2, d'un poids approximatif de *15 kil. 900*, arrivé mourant à l'hôpital avec un syndrome d'intoxication diphtérique, paralysies tardives, mais d'allure extensive, tachycardie, troubles respiratoires, a reçu d'emblée de fortes doses de strychnine (5 milligr. par injection, 25 milligr. par jour), ces doses ont été progressivement diminuées. 4 milligr. par injection, (20 milligr. par jour), puis 3 milligr. par injection (12 milligr. par jour) et supprimées lorsque sont apparues les premiers signes d'intolérance, après un total de 265 milligr. de strychnine soit 25 centigr. 1/2 injectés en 14 jours.

Cette thérapeutique, due aux circonstances très spéciales dans lesquelles nous nous sommes trouvés (syndrome tardif, caractère extensif et bulbaire des paralysies), nous a donné un heureux résultat alors qu'il y a, cependant, peu à espérer de la strychnine employée tardivement d'après les promoteurs de la méthode eux-mêmes, dans des cas similaires.

En pratique, la strychninothérapie est à utiliser surtout au début des angines malignes, dont elle constitue la thérapeutique héroïque. Elle n'est pas contre-indiquée par l'azotémie, mais ne doit *pas être mise en œuvre dans le croup.*

La strychnine sera injectée en solution diluée à 1 ou 2 p. 1.000 aussi précocement que possible, en atteignant la dose maxima par paliers, en deux ou trois jours.

Les doses maxima quotidiennes sont ainsi fixées (Paisseau) :

Angines sévères : 0 milligr. 40 à 0 milligr. 75 par kilog de poids corporel ;

Angines malignes vraies : 0 milligr. 75 à 1 milligr. par kilog de poids corporel ;

Angines hypertoxiques : 1 milligr. 5 à 2 mill. et plus par kilog de poids corporel sans progressivité en injectant d'emblée la dose nécessaire.

Les doses maxima par injection doivent être atteintes également par une rapide progression, après avoir tâté la susceptibilité du sujet par des doses relativement faibles. Voici les chiffres moyens :

Enfants jusqu'à un an..	0	milligr. 5	à	1	milligr.
» de 2 à 4 ans..	1	»	à	3	milligr.
» de 5 à 10 ans..	2	»	à	5	milligr.
» de 11 à 15 ans..	2	»	à	7	milligr.
Adolescents et adultes..	3	»	à	10	milligr.

Les injections sont faites par voie sous-cutanée et toutes les trois heures.

Pendant la durée d'un traitement par de hautes doses de strychnine des signes d'intolérance peuvent se manifester, des accidents peuvent survenir. Il convient de les dépister et, le cas échéant, d'y parer.

Les vertiges, l'hyperacuité sensorielle considérés comme *premières manifestations d'intolérance* ne sont valables que chez l'enfant déjà grand ; chez le petit enfant, c'est l'exagération des réflexes rotuliens et l'apparition d'un signe de Chvosteck marqué qui doivent être considérés comme signes d'intolérance et indiquent, ou de diminuer les doses, ou de ralentir la progression.

Les *accidents* prennent l'allure soit de petites crises spasmodiques, de secousses cloniques, de contractures des membres, voire même de tétanos strychnique avec cyanose.

Dans l'observation ci-dessus rapportée, une crise de contracture, survenue au 14e jour, nous a fait interrompre la médication parce que l'enfant, ayant passé le 52e jour de la diphtérie et étant déjà très nettement amélioré, il nous a paru inutile de persister. En d'autres circonstances, l'injection de gardénal et la diminution des doses eussent permis de continuer cette thérapeutique si elle s'était avérée indispensable.

Les accidents se produisent habituellement au début.

Sur huit angines diphtériques hypertoxiques traitées par doses massives atteignant deux milligrammes par kilo dans deux cas, Paisseau n'a observé qu'une fois un tétanos strychnique après 1 milligr. 22 par kgr. Dans ces cas, l'auteur conseille d'associer aux injections de gardénal, l'anesthésie générale qui, dans les cas graves, doit être instituée pour parer à l'asphyxie.

En pratique, dans le traitement des angines à formes graves, la dose maxima fixée est maintenue pendant vingt ou trente jours puis abaissée très progressivement, ou continuée par voie buccale, en tout cas toujours poursuivie au moins jusqu'au 50e jour et tant que persistent des troubles d'intoxication diphtérique. Sur 44 cas traités, y compris ceux vus tardivement, Paisseau a noté 34 cas de guérison, soit 87,3 p. 100.

A la suite de Paisseau, de Janbon, nombre

(1) Paisseau, Braillon, C. Vaille et F. Jannette-Walen. — Traitement de la diphtérie maligne par strychninothérapie intensive. *Presse médicale* n° 62, 1er août 1936.

d'auteurs (BARBOTIS, LEENHARDT, REBOIRES et MARTINEZ, etc...), ont signalé les heureux résultats fournis par les hautes doses de strychnine dans l'intoxication diphtérique.

Un exemple personnel, tout en s'écartant du schéma habituel, tant dans ses indications que dans sa posologie et son mode d'administration, engage à penser que cette thérapeutique doit être diffusée, connue et entrer dans la pratique médicale courante.

LE SULFATE DE MAGNÉSIE INTRAVEINEUX DANS LA CRISE ULCÉREUSE GASTRIQUE

Par Max FILIPPI (Lille)

La douleur aiguë de la crise de l'ulcère simple est le symptôme majeur qu'il faut effacer au plus vite, avant de penser à une thérapeutique plus rationnelle.

Les traitements de cette phase aiguë ne manquent certes pas, mais leur application, à l'heure actuelle, n'est pas toujours aisée. Nous citerons les plus usités :

— la méthode classique du clinostatisme, de l'alimentation lactée ou relative, genre régime de Meulengracht et de l'atropine à doses croissantes, qui continue à enregistrer les succès les plus authentiques. Mais rares sont ceux qui peuvent présentement consacrer quelques semaines à leur santé ;

— les méthodes de choc dont l'emploi demande un certain doigté et dont la diffusion est restée limitée ;

— l'infiltration assez pénible et peu probante du sympathique dorsal et des splanchniques.

— la folliculine à action douteuse et à inconvénient certain ;

— l'histidine qui, depuis dix ans, nous a apporté les satisfactions les plus rapides, en intra-musculaire ou mieux, en intraveineuse. La raréfaction de la laristine nous a néanmoins incités à utiliser un médicament plus courant, possédant une action antalgique approchante.

Nous avons été amenés à chercher la résolution de certaines crises aiguës par le sulfate de magnésie, dont l'utilisation en intraveineuse est inhabituelle dans le domaine gastrique.

Cette voie parentérale exceptionnelle a surtout été préconisée en neurologie : tétanos, tétanie, éclampsie, chorée, toux spasmodique, coqueluche, asthme. Des auteurs américains ont noté à son actif (mais surtout en intramusculaire et associé à la cocaïne pour éviter la douleur de l'injection) une amélioration des vomissements alimentaires chez les bacillaires et des vomissements de cause générale. Le sulfate de magnésie serait la seule substance capable d'arrêter les effets émétiques de l'apomorphine. L'on a rapporté des cas de prurits essentiels, diabétiques, cirrhotiques améliorés ou guéris.

Quelle est la propriété essentielle que semble, par cette voie, posséder le magnésium ?

Incontestablement un effet sédatif. Fernandez Canepa (*Répertoire médical pratique*, mars 1939) a insisté sur cette action de base. Blake a utilisé cette même propriété, dès 1908, en intraveineuse comme en intrarachidienne, ce dernier mode d'introduction amenant des troubles parétiques. Behrendt a obtenu des succès dans la tétanie infantile. Au début de la guerre 1914, le sulfate de magnésie modéra les crises subintrantes des tétaniques. Récemment, M. Delmas-Marsalet (*Journal de médecine de Bordeaux*, 15 mars 1942) a publié 45 cas de delirium tremens traités par voie veineuse.

L'effet est souvent plus profond et semble hypnotique à partir d'une certaine concentration, qui se situerait à 50 % pour Weston et Howard et qui, à ce même taux, est considéré comme utile au début d'une anesthésie de base ou pour faciliter une rachianesthésie.

La vertu sédative, voire hypnotique, ne serait pour certains qu'un effet secondaire, l'action cardiovasculaire étant la première en date. Expérimentalement, le magnésium (Haury) injecté dans les veines du chien anesthésié détermine une chute de pression sanguine (cette chute tensionnelle déterminerait l'effet calmant) et une dilatation des organes splanchniques.

Il est possible que le sulfate de magnésie soit à la fois un dépresseur des systèmes nerveux et vasculaire. Les explications physicochimiques apportent sur ce point quelques lumières.

L'action des solutions magnésiennes sur l'ouverture du sphincter d'Oddi est bien connue. Le sulfate de magnésie est un antispasmodique.

Loeb a établi une formule sur le rapport minéral conditionnant l'équilibre humoral : le potassium et l'alcalose augmentent la tendance aux spasmes, le magnésium, le calcium et l'acidose la modèrent. Une intraveineuse de SO4Mg diminue donc la réserve alcaline du sang, le pH de l'urine s'abaisse et le Ca et le P du sang augmentent (Maugeri). La recherche de la répartition du magnésium après injection de sulfate de magnésie sur la chienne (Smith, Winkler, Schwartz) indique que les ions Mg et SO4 se répartissent dans le liquide extracellulaire ; il y a fixation d'une partie du magnésium dans l'organisme sans qu'il soit possible de préciser le lieu de dépôt. Appliqué sur les troncs nerveux (Canepa), il émousse la sensibilité. Dans le domaine neuropsychiatrique, Delmas-Marsalet cherche à établir une analogie entre la séméiologie de l'œdème cérébral traumatique et celle du delirium et rappelle les expériences de Zand sur l'effet des injections hypertoniques. Le sulfate de magnésie (dont l'action osmotique déplétive est bien établie en usage externe) semble posséder un effet profond sur l'œdème cérébral. L'on est en droit de se demander si ce magnésium n'agit pas sur d'autres localisations œdémateuses, tel l'œdème péri-ulcéreux. Les améliorations radiologiques que nous avons constatées sont néanmoins trop discrètes pour que nous pensions à un effet direct. L'action sur les centres nerveux semble, en tous cas, bien établie.

Nous avons mené nos essais avec 10 c. c. de solution hypertonique de sulfate de magnésie à 15 % (ampoules facilement préparées par un laboratoire ou un pharmacien et peu onéreuses), l'injection intraveineuse étant faite lentement pour éviter toute bouffée de chaleur. Les 18 malades traités présentaient un syndrome d'ulcus typique, confirmé radiologiquement, dont trois ulcus duodénaux et un ulcus peptique. Le traitement avait été institué, dès le début de la poussée, évitant ainsi dans la mesure du possible d'attribuer au produit une régression spontanée de la crise. Nous avons noté :

1° une amélioration fonctionnelle parfois immédiate dans les heures suivant, l'injection, plus souvent apparaissant à la troisième ou quatrième piqûre. Six piqûres (une chaque jour) suffisent en général. Nous sommes montés souvent au total de douze pour consolider le résultat :

— dans quelques cas, une discrète chute de la tension maxima ;

— chez certains, un état de fatigue anormale en fin de journée. Pour pallier à cet effet trop puissant, nous avons ramené la concentration à 10 % ;

— chez trois malades, l'effet a été nul et a même paru contraire.

C'est, dans ces cas de sédation douteuse ou inexistante, que nous avons associé à la magnésie l'atropine (1 milligr.), de préférence à l'hyoscyamine. L'atropine a une action périphérique bien connue qui crée des effets limités sur la sécrétion et le spasme, diminuant surtout le volume total de la sécrétion, la teneur en acide étant peu influencée et celle du mucus se trouvant augmentée. Le mélange extemporané et sans inconvénient d'atropine ou de génatropine avec 10 c. c. de sulfate de magnésie associe l'effet central du magnésium à celui parasympathique de l'atropine. Dans une crise d'ulcus peptique résistant, nous avons noté un succès net. Nous nous rapprochons d'ailleurs, dans la jonction de ces deux médicaments, de la méthode de Landau et de ses *variantes à la bromatropine.*

2° L'action sur les signes radiologiques n'a pas été suffisamment démonstrative pour que nous puissions en faire état. L'influence sur le rythme cyclique de la maladie qui demande un recul de quelques années n'a pu être équitablement jugée.

La crise d'ulcère, a souvent répété Gutmann, est explosive et récidivante comme une poussée d'urticaire. A défaut de traitement noble, dit « de fond », et sans vouloir nous en tenir à une médication symptomatique, nous croyons utile pour raccourcir ou éteindre cette manifestation aiguë, de lui appliquer la qualité sédative générale et non spécifique (voire peut-être déplétive) du magnésium intraveineux, qualité qui jusqu'ici n'avait pas été étendue au domaine gastrique. Une expérimentation plus vaste sera riche d'intérêt.

SUR LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE

A propos de l'article du Professeur Laquerrière

Par le Docteur André DENIER (La Tour-du-Pin)

Je viens confirmer en tout point l'article du Docteur LAQUERRIÈRE, l'électro-radiologiste blanchi sous le harnois, qui a apporté avec ses ondes alternatives à longues périodes, le moyen d'agir sur un muscle dégénéré, alors que tout autre moyen est impuissant. Quel que soit le courant originel, il faut le hacher de telle manière qu'il croisse lentement, s'étale, diminue puis s'inverse ; c'est la loi du rythme vital qui intervient là, comme si souvent dans la physio-pathologie.

Je voudrais simplement ajouter quelques précisions que vingt ans de pratique électro-radiologique m'ont montré excellentes.

Pour lutter contre le refroidissement du membre paralysé, rien ne vaut l'injection d'oxyradon (oxygène véhiculant l'émanation de radium, procédé dû à D'ARSONVAL) dans le tissu cellulaire sous-cutané et suivi d'un massage assez poussé pour faire diffuser le gaz dans les tissus de tout le membre. On assiste alors à une vaso-dilatation générale de la peau. Le deuxième procédé est l'application d'ondes courtes sur le rachis ; à la suite de BORDIER, j'avais fait la diathermie du membre atteint, puis la réflexion m'a montré que le centre trophique médullaire devait plus particulièrement être visé. J'ai fait dès lors la diathermie médullaire ; dès l'apparition des ondes courtes je les ai utilisées, leur action en profondeur étant bien plus grande (ondes courtes de 6 mètres, électrodes non au contact de la peau, l'une au niveau des vertèbres cervicales, l'autre espace lombo-sacré).

Quant à la radiothérapie, je l'ai appliquée dès les premières publications de BORDIER, c'est-à-dire vers 1923, Les effets de radiothérapie anti-inflammatoire sont bien connus aujourd'hui et DANIEL s'en est fait l'apôtre. Quel que soit le foyer, on a toujours avantage à l'irradier avec les doses judicieuses et suffisantes, c'est évident.

Dans quelques cas où les confrères m'ont adressé leur malade dans la semaine de la poussée thermique, la paralysie étant déclarée depuis deux ou trois jours, les régressions sont étonnantes. Que l'on n'aille pas dire que si l'on avait rien fait, la paralysie aurait rétrocédé, c'est la négation de toute thérapeutique active ; comme si on se trouvait toujours à l'époque du Grand Roi où on ne pouvait disposer que d'infusions lénitives ou roboratives.

D'autre part, P. LÉPINE, dans la *Presse médicale*, nous affirme l'inefficacité du sérum de convalescent sur l'évolution de la paralysie, et il n'y a plus de sérum de Pettit faute de singe ; alors les bras croisés ou l'aqua distillata ? Non et non.

D'ailleurs la radiothérapie est reconnue efficace sous d'autre latitude que celle de la France. J'ai vu au Pensylvania Hospital le secteur important qui était réservé aux paralysies infantiles et qui comprenait depuis la radiothérapie jusqu'à la mécanothérapie sous-marine.

J'ajouterai que la radiothérapie agit même sur des foyers anciens en libérant le tissu médullaire de sa gangue néo-formée.

J'ai un test, c'est l'électro-fibrogramme. On mesure la valeur d'un muscle ou d'un nerf au moyen de la chronaxie qui donne le temps de réponse en millièmes de secondes à l'excitation d'un muscle ou d'un nerf par un courant, dont le voltage est le double de la rhéobase (rhéobase = seuil de contractions d'un

muscle à la fermeture d'un courant continu). Mais quand la dégénérescence est très grande, le seuil galvanique est difficile à trouver et la chronaxie imprécise. Aussi j'ai mis au point une mesure : c'est l'enregistrement au moyen d'un appareil d'amplification très poussé du courant propre d'action, non pas d'un muscle, mais d'une seule fibre musculaire, au moyen d'un micro-trocart, dont l'électrode centrale isolée a 1/100 de millimètre de diamètre.

On a ainsi une courbe d'enregistrement qui traduit la vie de cette fibre. L'expérience montre que, dans un muscle, on trouve toujours des fibres encore actives.

Ceci étant, j'enregistre, avant le traitement de radiothérapie médullaire d'une paralysie infantile datant de plusieurs années, le diagramme d'une fibre dans le ou les muscles atteints. Il est courant de voir le potentiel d'action qui avant n'indique que 10 à 50 microvolts donner un mois après 150 à 200 microvolts; il est alors fréquent de pouvoir agir sur des groupes musculaires qui semblaient ne plus pouvoir être excitables. C'est alors qu'on peut adjoindre aux ondes alternatives à longue période la méthode de MENDELEFF, mais seulement chez les malades compréhensifs, au psychisme efficient. Très peu connue en France, elle est appliquée couramment en U. S.A. Elle consiste dans l'intervention consciente de la volonté du malade, qui concentre sa pensée sur le muscle en travail et cherche à le faire contracter au même rythme que le courant électrique qu'on applique sur lui. En somme le malade double d'un influx nerveux personnel la décharge électrique extérieure excitant la contraction du muscle. Il en résulte une activité trophique bien plus grande. Mais la séance doit être courte, car fatigante pour le malade.

En résumé, dans une poliomyélite, la physiothérapie offre un ensemble de ressources remarquable : radiothérapie et ondes courtes médullaires, oxyradon autour du ou des muscles touchés, ondes alternatives à longue période renforcées par la méthode de MENDELEFF. Entre les séances, infra-rouges par une ou plusieurs lampes à filament de carbone fixées sous un cerceau recouvert d'une couverture, afin de maintenir le membre chaud, mécanothérapie active par traction, bicyclette fixe, contre-poids à soulever.

NOTES CLINIQUES

GROSSESSE ET CANCER

Le Docteur Yves COUZIGOU, de Saint-Michel-en-Grève (Côtes-du-Nord), a traité deux cancéreux par injections intramusculaires et intratumorales de sang de femme se trouvant en état de grossesse.

Malgré la faible posologie, bien compréhensible, les améliorations ont été importantes. Il pense que cette efficacité surprenante est due à une hormone chromosomale *spécifique*, qui serait cyto-régulatrice. L'hormone tréphonale, qui est *interspécifique*, règlerait seulement le stimulus proliférateur cellulaire.

En faveur de sa conception, le Docteur Couzigou fait remarquer que :

a) *Expérimentalement*, Maud Slye et Itchikawa ont constaté l'influence favorable de la gravidité ;

b) *Cliniquement*, l'ulcère d'estomac (état voisin du précancer) *guérit souvent* chez les femmes enceintes, tandis que le traitement par les tréphones l'*améliore* seulement.

LE CHLORURE DE MAGNÉSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Nous recevons du Docteur NEVEU, auteur de la note que nous avons publiée sur le traitement de la diphtérie par le chlorure de magnésium, la communication suivante :

L'article qui a paru le 1er janvier 1944 sur le traitement de la diphtérie par le chlorure de magnésium m'a valu plusieurs lettres d'un grand intérêt.

L'un de mes confrères a essayé le traitement et m'écrit : « Je viens d'avoir l'occasion de traiter suivant vos directives, un cas de diphtérie moyenne, confirmée bien entendu par le Laboratoire, avec un succès rapide complet : nettoyage de la gorge et disparition des adénites angulo-maxillaires en quatre jours ».

Des précisions me sont demandées sur les complications tardives et sur les doses, d'après l'âge.

Je n'ai pas eu de complications tardives dans tous les cas traités, même les plus graves.

Les doses que j'ai indiquées :

— Faire prendre dans un verre, une première dose de 125 cent. cubes de la solution de $MgCl^2$ à 20 p. 1.000, en une fois ou en cinq minutes ; puis, deux heures après, faire prendre une deuxième dose de 125 cent. cubes. Cette dose est renouvelée toutes les 6, 8 ou 12 heures selon la gravité du cas.

Conviennent aux adultes et aux enfants jusqu'à cinq ans.

Les deux premières doses assez rapprochées permettent d'obtenir une concentration sanguine suffisante. L'intervalle des doses suivantes a pour but de maintenir ou de diminuer progressivement cette concentration, selon l'état du malade.

Je n'ai pas traité d'enfant au-dessous de cinq ans.

Au-dessous de cinq ans, la dose de 125 cent. cubes devrait être ramenée à 100, 80 ou 60 cent. cubes.

Dr NEVEU,
(Breuil-Magné, Charente-Maritime).

Les Livres

Librairie A. COLIN, Paris

Dr Robert BROCA, ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris. **La médecine infantile.** Un volume in-16, 20 figures, 1943. Broché : 24 francs.

C'est un ouvrage, dont le but principal est de vulgariser les méthodes les mieux adaptées et les plus récentes pour la protection de l'enfance. Rappelant que, tous les ans, les enfants payent un lourd tribut aux maladies infectieuses, l'auteur nous tient au courant des progrès nouveaux : vaccination par l'anatoxine contre la diphtérie et le tétanos ; prévention de la rougeole par le sérum de convalescent ; polymorphisme, curabilité, prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. Les autres chapitres ont pour titres : hormones et maladies des glandes à sécrétion interne ; vitamines et maladies par carence ; maladies familiales et maladies congénitales ; néphrites, néphroses et leur traitement ; l'acrodynie.

G. F.



Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la transmission à l'homme d'une dermatomycose du veau

(MM. A. et F. SARTORY et F. KOCHER ; 7-12-1943)

Faisant suite à leurs communications antérieures sur ce sujet, les auteurs signalent plusieurs modes de transmission à l'homme de la dermatomycose du veau connue sous le nom d' « anders » ou « dartres des veaux». La contagion peut être directe, chez les jeunes pâtres, gardeurs de troupeaux, qui grattent fréquemment les lésions animales pour en éliminer les croûtes, négligeant de se laver les mains ensuite. Elle peut être indirecte, par l'intermédiaire des poux de tête ou de corps, occasionnellement par l'intermédiaire des poux de gallinacés, voire par l'intervention d'autres insectes piqueurs (puces, etc.).

Les enseignements de la « cuti-réaction à la tuberculine » en milieu campagnard

(M. Maurice-Paul DURAND, de Courville. — Présentation par M. CARNOT ; 21-12-1943)

Au cours de ces dernières années, M. Paul Durand a pratiqué, en milieu campagnard, un nombre assez important de cuti-réactions à la tuberculine, ou plus exactement de « percuti-réactions », qui donnent des résultats sensiblement superposables et sont mieux acceptées. Laissant de côté la cuti-réaction chez les hommes, il l'a recherchée chez les enfants et les femmes : ces dernières surtout représentent à ce point de vue l'élément vraiment rural. Les femmes vivent en effet beaucoup plus à leur foyer que les hommes, appelés à s'en éloigner par leur service militaire et leurs pérégrinations variées.

Sur 300 enfants de 5 à 15 ans de sa clientèle privée, il a trouvé 65 cutis positives (21 %) et chez 190 femmes de trente à soixante ans, « rurales pures », la proportion a été de 28 p. 100 de cutis positives. Plus des deux tiers des « pures campagnardes » présentent encore des cutis négatives à un âge avancé. D'autre part, si l'on défalque des 28 p. 100 en question les 21 p. 100 déjà positives dans l'enfance, on arrive à la donnée suivante : de 15 à 60 ans, l'imprégnation tuberculeuse chez les « rurales pures » n'a augmenté que de 7 %. Il est assez curieux de constater que ce chiffre est très voisin de celui, relevé par l'auteur, représentant la proportion des foyers tuberculeux dans la région (sur 1.100 habitations, 117 ont abrité des malades tuberculeux). C'est au contact de ces malades (parents, maris) ou parfois d'animaux tuberculeux, que le virage de la réaction a pu se produire. L'auteur conclut au grand intérêt des cuti-réactions à la campagne où la tuberculose reste d'ailleurs localisée en îlots aisément repérables.

— MM. BEZANÇON et CARNOT soulignent toute la valeur du travail de M. Durand (de Courville). En milieu rural, on peut rechercher avec plus de précision la source de la contagion.

— M. RIST souhaite que des enquêtes analogues soient poursuivies dans d'autres régions de la France.

Sur l'emploi des toxiques en agriculture

(M. R. FABRE ; 21-12-1943)

Au nom de la Commission de Phytopharmacie, M. Fabre soumet à l'Académie un vœu demandant que la préparation des insecticides toxiques soit faite sous le couvert du diplôme de pharmacien, et que la vente de ces produits soit interdite aux personnes faisant le commerce de l'alimentation et autorisée seulement aux pharmaciens et aux personnes recevant une licence spéciale du Ministère de l'Agriculture. Ce vœu est adopté.

A propos du sérum anti-diphtérique

(M. Jacques TRÉFOUEL ; 28-12-1943)

L'Institut Pasteur a préparé en 1943, une quantité de sérum antidiphtérique double de celle mise en circulation en 1938. Malgré cette augmentation notable de production, les demandes n'ont pu être entièrement satisfaites. Tout s'est passé comme si un stockage du sérum était pratiqué par certains dépositaires. Dans ces conditions, pour éviter qu'un seul cas de diphtérie puisse ne pas recevoir le sérum nécessaire à son traitement, M. Tréfouël présente un vœu de réglementation concernant le sérum anti-diphtérique. Ce vœu, voté par l'Académie, a reçu son application dans l'arrêté du 20 janvier 1944 relatif à la limitation de la consommation du sérum anti-diphtérique. (V. *Concours médical*, n° du 15-2-1944, p. 89).

Etude d'un champignon pathogène nouveau : « Glenospora verrucosa », n. sp.

(MM. A. et R. SARTORY ; 28-12-1943)

MM. A. et R. Sartory décrivent un champignon pathogène nouveau qu'ils ont rencontré, chez une jeune femme, sur des lésions de la face (végétations verruqueuses avec petits abcès) rappelant une sporotrichose. La guérison de ces lésions fut rapidement obtenue par des applications iodées et de l'iodure de potassium.

Note sur les guérisons post-opératoires de l'asthme

(MM. FIOLLE et LUCCIONI, de Marseille. Présentation par M. Georges DUHAMEL ; 28-12-1943)

Il existe un traitement chirurgical de l'asthme qui revendique des succès (sympathectomie, stellectomies de Leriche et Fontaine, chondrectomie de Freund). MM. Fiolle et Luccioni signalent un autre point de vue de la question : la disparition de l'asthme après des interventions chirurgicales (hystérectomie, cure de hernie, etc.) sans rapport apparent avec les états asthmatiques. Ils en relatent six observations. Les guérisons ainsi enregistrées rentrent dans le cadre des faits signalés par M. Fiolle sous le titre général : « Les bénéfices éventuels de la maladie post-opératoire ».

Tuberculose primitive de la trachée et des bronches

(MM. AMEUILLE, J.-M. LEMOINE et DIACOUMOPOULOS ; 28-12-1943)

Les auteurs ont observé huit cas d'une forme primitive de tuberculose trachéo-bronchique, qui survient sans lésion pulmonaire appréciable et s'oppose à la tuberculose bronchique secondaire aux lésions bacillaires actives du poumon. Cliniquement, elle détermine de la toux, de l'expectoration, un peu de dyspnée. Sa tendance est régressive, la cicatrisation étant quelquefois rapide (six semaines). La trachéo-bronchoscopie établit le diagnostic.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Trois cas d'hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la gravidité

(M. BAILLIS, de Marmande — Rapport de M. A. MOUCHET ; 20-10-1943)

M. Baillis rapporte trois cas d'hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la gravidité : 1° une hémorragie au niveau d'un follicule ovarien, liée vraisemblablement à un déséquilibre endocrinien, chez une jeune fille vierge ; 2° une apo-

plexie ovarienne massive spontanée, sans torsion des annexes, d'origine hormonale probablement, chez une jeune fille de vingt ans ; 3° une hémorragie par rupture traumatique (chute à bicyclette) d'une veine du pédicule utéro-ovarien.

Hernie obturatrice étranglée. A propos de quatre cas

(MM. J.-L. Lortat-Jacob et B. Roy. — Rapport de M. S. Blondin ; 20-10-1943)

Affection rare, la hernie obturatrice étranglée comporte un tableau clinique dominé par les signes d'occlusion du grêle, alors que les signes de localisation restent frustes. La lésion n'est généralement pas reconnue quant à son siège, avant l'opération. Les quatre observations des auteurs confirment les notions classiques : âge des malades (60, 67, 78, 82 ans), sexe féminin, etc. Dans deux cas existait une modification de la statique pelvienne (survenue à la suite d'une coxalgie, d'une scoliose antalgique) qui a pu intervenir comme cause prédisposante de la hernie obturatrice.

Dyskinésie de l'œsophage terminal

(M. Bergeret ; 20-10-1943)

La dyskinésie de l'œsophage terminal, appelée couramment aussi cardiospasme, dont les troubles fonctionnels se traduisent par une gêne du transit du bol alimentaire, relève d'un spasme de l'anneau musculaire du segment inférieur de l'œsophage, segment s'étendant sur une hauteur assez importante (plusieurs centimètres), et de l'atonie du segment sus-jacent.

Deux traitements sont employés contre cette affection : la section de l'anneau musculaire à action sphinctérienne (opération de Heller) et l'infiltration ou la résection splanchnique (Leriche). M. Bergeret se demande si la splanchnicectomie n'est pas une opération un peu importante pour une affection dont on fait disparaître les troubles par une simple myotomie. Il pense qu'il suffirait, sans doute, si l'on veut compléter l'opération de Heller par une énervation sympathique, de se contenter, suivant le conseil du Professeur Santy, de la section des filets nerveux au moment où ils abordent l'œsophage.

P. L.

Société de médecine de Paris

Séance du 26-11-1943

De la conduite à tenir contre l'adénopathie du cancer du sein

M. Taguet. — Tenant compte des faits cliniques, histologiques et expérimentaux, l'auteur demande que, dans les interventions pour cancer du sein, on limite l'opération à la tumeur sans détruire le tissu lymphatique péri-tumoral et axillaire parce qu'il sert de défense et de protection contre l'essaimage à distance.

La transfusion du sang ne donne pas de choc

M. A. Bécart. — Le but de l'auteur est de détruire dans l'esprit du praticien la peur du choc dont le souvenir lui fait bien des fois hésiter à poser les indications d'une transfusion, même quand celle-ci s'impose. Il est convaincu que, dans la plupart des cas, le choc transfusionnel est dû à l'appareil choisi et à la façon dont on pratique la transfusion. Le choix du donneur reste primordial, mais actuellement et surtout dans les grandes villes où il existe des Centres de donneurs, toute erreur de groupement semble pratiquement écartée. L'auteur attire l'attention sur trois points qu'il examine en détail : le choix du donneur, le choix de l'appareil, le choix du transfuseur.

La Presse

L'électro-encéphalo-pronostic de l'épilepsie

Il résulte des recherches de A. Baudouin et A. Rémond qu'un épileptique ne peut être considéré comme guéri, si son tracé électrique reste anormal. Au point de vue électrique, certains malades présentent une évolution favorable et rapide, d'autres sont caractérisés par l'invariabilité des signes électriques ; chez d'autres enfin, une médication énergique, prolongée et variée, ne modifie ni les crises cliniques, ni les signes électriques. Ajoutons que jamais des cas ne se sont améliorés électriquement alors que les paroxysmes cliniques restaient inchangés, ou, à plus forte raison, s'aggravaient. Sous l'influence du traitement, les altérations paroxystiques du tracé électrique disparaissent plus aisément que le « rythme de fond du comitial ». Il s'en suit que ce rythme, quand il est bien marqué, est un signe de gravité. Quant aux épreuves de la réaction d'arrêt et de l'hyperpnée, très importantes au point de vue diagnostic, elles peuvent apporter également leur appoint au pronostic : la suppression de la réaction d'arrêt et l'amplitude accrue de l'hyperpnée doivent être considérées comme des éléments de gravité de la maladie. (*Paris médical*, 10 octobre 1943).

Aménorrhées de guerre et aménorrhées d'origine hormonale

A côté des aménorrhées de guerre proprement dites (carence alimentaire, bombardement aérien, mari prisonnier) et des aménorrhées à type hyper- ou hypo-hormonal, il en existe, qui résultent d'une association de ces deux types principaux. Chaque aménorrhée n'est donc pas toujours justiciable de la folliculine, et à haute dose, elle nécessite, pour son traitement, un diagnostic étiologique précis et exact, (Cl. Béclère et H. Simonnot). Parmi les causes locales ou générales, on recherchera : un ovaire kystique, une infection génitale chronique, la tuberculose pulmonaire, les affections endocriniennes générales. Beaucoup d'aménorrhées de guerre reconnaissent une origine neuro-végétative ; les antispasmodiques, les calmants du système nerveux sont indiqués. (*Paris médical*, 30 octobre 1943).

La part neuro-végétative dans la symptomatologie fonctionnelle de la tuberculose pulmonaire

J. Minet, H. Warembourg et M. Linquette démontrent que cette symptomatologie n'est pas uniquement commandée par l'étendue des lésions pulmonaires, dont elle ne suit d'ailleurs pas l'extension et la régression. Il existe fréquemment une disproportion manifeste entre l'étendue des lésions pulmonaires et leur extériorisation clinique ; d'une manière générale, toute la symptomatologie fonctionnelle de la tuberculose pulmonaire ne peut trouver son explication dans la lésion anatomique, dont elle paraît découler directement. A côté de celle-ci, prend place un facteur nerveux ; c'est ainsi que des pneumothorax manqués, des interventions sur le phrénique, toutes mécaniquement inefficaces, ont pu avoir une influence heureuse et imprévue sur la symptomatologie fonctionnelle. Les auteurs passent en revue successivement la dyspnée, l'abondance de l'expectoration, les hémoptysies ; pour chacun de ces signes fonctionnels, ils montrent que la part du système neurovégétatif n'est pas négligeable et justifie la mise en œuvre de thérapeutiques, qui, pour n'être pas symptomatiques, n'en apportent pas moins au malade un soulagement appréciable. (*Le Progrès médical*, 10 novembre 1943).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'ESPRIT FRONDEUR CHEZ LES MÉDECINS

Son évolution en esprit critique ou en esprit de révolte

Toute manifestation de l'autorité provoque en France, à tort ou à raison, une réaction, un réflexe de protestation ou de défense. C'est ce que nous appellerons, faute de mieux, une manifestation de l'*esprit frondeur*, qui est une qualité et parfois un défaut du caractère des Français, et surtout de celui des médecins.

L'esprit frondeur, assagi par la *raison* devient l'*esprit critique* ; quand il est exalté par la *passion*, il se transforme en *esprit de révolte*. Nous ne ferons pas ici l'éloge de l'esprit critique qui consiste à juger les événements avec sang-froid, à en entrevoir avec équité leurs conséquences, et à étudier les moyens à leur opposer si on les juge dangereuses.

L'esprit de révolte, généralement mauvais en soi, n'est pas cependant toujours très blâmable. Quand l'esprit critique s'est longuement exercé en vain, quand les manifestations de l'autorité sont sans frein et deviennent tyranniques, la révolte peut se produire et est tout à fait explicable. L'histoire de notre pays nous fournit maints exemples de l'esprit frondeur, même de l'esprit de révolte, dans toutes les classes de la société, même dans toutes les professions.

Sans remonter au-delà de l'époque troublée de la guerre de Cent ans, nous voyons se manifester en France l'esprit de révolte avec Etienne Marcel, la Jacquerie, les Cabochiens, puis, sous Louis XI, les Ligues, dites du Bien public.

Plus tard, l'esprit de Révolte provoque les guerres de Religion, les méfaits de la Sainte-Ligue. Après quelques temps de calme relatif, nous voyons survenir les Frondes.

Le triomphe de l'autorité absolue sous Louis XIV et Louis XV n'empêche pas les réactions des jansénistes et celles des protestations provoquées par la révocation de l'Edit de Nantes. Rappelons-nous les Révolutions qui, depuis 1789, remplissent toute l'histoire politique de la France au XIX[e] siècle : 1830, 1848, le Coup d'Etat de 1851, la Commune de 1871. A notre époque, l'esprit frondeur ne provoqua pas d'émeutes graves, mais ne cessa d'agiter les Français ; rappelons les grèves incessantes dans diverses professions, les troubles que suscitèrent le boulangisme, l'affaire Dreyfus, etc., etc...

Le Corps médical ne fit pas exception à la règle. Habitué par l'exercice de sa profession à la discipline de la raison et du sang-froid, le médecin ne céda pas généralement à l'esprit de révolte, mais l'esprit frondeur se manifesta chez lui à toute occasion. C'est cet esprit qui détermina la réunion du grand Congrès de 1845 qui aurait pu avoir des conséquences si favorables pour l'évolution de notre profession sans la Révolution politique de 1848, qui annihila tous ses efforts.

L'esprit frondeur anima dès l'origine notre *Concours médical* et le syndicalisme médical qui en est sorti. Nous n'énumérerons pas toutes les améliorations obtenues par leur action ; ce serait rééditer l'histoire contemporaine de notre profession, mais nous pourrions donner des exemples où l'esprit de révolte triompha dans les milieux médicaux, notamment pour la réforme de la loi des accident du travail, lors de la réunion des Congrès des Praticiens et pour l'organisation des soins aux pensionnés de guerre.

Actuellement, nous nous efforçons de maintenir notre journal dans les limites raisonnables de la critique.

D'abord nous évitons soigneusement de mettre en cause les personnes, nous critiquons seulement les faits qui nous paraissent erronés ou criticables.

Les *Echos et Commentaires* et la *Correspondance* que reproduit le *Concours médical* lui donnent une vie intense.

Il peut arriver exceptionnellement que nous cédions dans une certaine mesure à la passion, mais c'est en toute bonne foi et nous n'hésitons pas à reconnaître nos torts ou nos erreurs quand on nous les signale.

Souvent un fait trop prématurément annoncé, ou interprété tendancieusement, et *toujours rectifié*, peut empêcher une injustice ; et des réflexions qui semblent inopportunes peuvent provoquer des mesures salutaires.

Notre but utile est atteint.

J. Noir.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LES PROGRÈS DE LA RETRAITE

Problème toujours pendant, la retraite du médecin avance (si l'on peut dire) pas à pas. Le projet primitivement soumis aux délibérations du Conseil National a subi fort heureusement depuis, d'importantes et sages modifications dans son organisation financière. Nous avons déjà dit qu'au principe de répartition intégrale du début avait été peu à peu substitué pour une large part un mécanisme de capitalisation apportant au système projeté de meilleures garanties d'équité et de durée. Toutefois ce mécanisme présente encore certaines imperfections notables, et l'on ne semble point d'ailleurs avoir tiré du caractère gratuit des allocations de répartition toutes les conséquences qui s'imposent. Il nous a donc semblé opportun, au moment où l'ensemble du projet est soumis à l'étude approfondie du Ministère du Travail, d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur des erreurs encore réparables, persuadés que nous sommes de l'impossibilité pour le législateur d'accorder sa sanction à un projet qui ne serait pas parfaitement mûri.

Economie générale du projet

A la vérité, le régime proposé ne constitue encore qu'une esquisse. Il consiste dans son principe en un plan de retraite par capitalisation (ce qui a l'avantage de donner des rentes élevées aux médecins jeunes à l'origine), amélioré par un régime transitoire de répartition permettant de servir des rentes modestes mais appréciables aux médecins âgés qui n'ont pas eu le temps de cotiser. Sous réserve d'une étude plus approfondie, dont nul ne possède les éléments exacts aujourd'hui, c'est incontestablement la solution la meilleure en pareil cas. Nous ne reviendrons pas sur les raisons qui militent en sa faveur : ce régime mixte capitalisation-répartition a été proposé et

exposé en détail dans nos colonnes voici déjà deux ans.

Le principe du régime une fois adopté, il reste, et ce n'est pas le plus facile, ni le moins important, à en fixer les modalités d'application. Les indications fournies sont encore fort vagues et les quelques chiffres qui sont mis en avant ne peuvent être acceptés que sous toutes réserves, en l'absence de données statistiques précises. Or, nous insistons sur ce fait que le système envisagé *ne vaudra que par l'application qui en sera faite.* Avant toute chose apparaît donc la *nécessité d'un examen sérieux des conditions d'équilibre du futur régime*, examen dont rien jusqu'à présent, dans les documents fournis, ne permet de supposer l'existence.

Passons en revue les diverses données qui sont aujourd'hui en notre possession.

Période transitoire

Elle concerne, avons-nous dit, les médecins ayant cessé d'exercer, ou cessant d'exercer peu après la création de la Caisse, et qui n'ont donc pas eu le temps de se constituer, par leur cotisation, des rentes appréciables.

Le principe adopté par le projet est, on le sait, l'allocation d'une rente de 16.000 francs moyennant à l'origine le versement d'un capital de 60.000 francs, cette allocation étant ramenée à 8.000 francs pour ceux qui n'auront rien pu verser.

Si l'on se penche sur les chiffres, une observation vient immédiatement à l'esprit : l'allocation de 16.000 francs comporte en réalité deux parts ; une première de 8.000 francs ne correspondant à aucun versement et constituant comme telle un *don gratuit*, une deuxième, de 8.000 francs également, correspondant au capital versé. Or, si l'on se reporte aux différents barèmes des Compagnies d'assurances ou de la C.N.R.V. on constate que la rente constituée par un versement unique de 60.000 *est notablement inférieure à* 8.000 *francs.* Le régime proposé alloue donc en quelque sorte, en plus de l'allocation retraite, *une véritable prime* aux détenteurs de capitaux qu'il s'agit, coûte que coûte, d'attirer vers la Caisse afin de constituer rapidement le fameux « magot » dont nous parlerons plus loin. Et cette prime, ne l'oublions pas, est prélevée sur les cotisations des médecins jeunes, puisque les capitaux recueillis sont soigneusement thésaurisés et que seule la répartition de leurs intérêts fournit les ressources financières nécessaires au fonctionnement de la Caisse.

Etant donné le caractère nécessairement gratuit de l'allocation-répartition, il apparaît comme *parfaitement injuste* de donner aux médecins praticiens dépourvus de capitaux une allocation inférieure à celle attribuée aux médecins qui ont la possibilité de verser un capital. Il faut donner *la même allocation* à tous sans exiger de versement.

Ceci dit, il est parfaitement légitime d'accepter que les médecins âgés aient la *faculté* de verser un capital dont ils fixeront eux-mêmes l'importance, en vue de majorer leurs rentes. Mais ils *ne doivent recevoir que la rente correspondant à la somme versée.*

Nous rencontrons ici une seconde question que nous avons maintes fois traitée. Faut-il donner l'allocation-répartition à tous les médecins remplissant certaines conditions d'exercice ; ne doit-on pas, au contraire, limiter le bénéfice de cette allocation à ceux qui en ont besoin ?

Nous croyons avoir déjà montré qu'en réalité l'alternative ne se pose même pas, et que la seconde solution s'impose. Le rapporteur du projet semble l'avoir aperçu lorsqu'il écrivit « *il ne s'agit pas là d'une retraite de droit* puisqu'aucun médecin n'exerçant plus actuellement n'aura cotisé ; d'autre part, le capital demandé est trop peu élevé pour constituer d'emblée les sommes importantes qui seront nécessaires ». Par une curieuse aberration, il tire de cette incontestable vérité, quelques lignes plus loin, la très contestable solution que « pour tous les médecins ayant plus de 25 ans de pratique civile, *aucune discrimination ne sera établie* ». C'est là, créer une retraite de droit, alors que l'on reconnaît soi-même que rien ne la justifie.

Il est, au contraire, financièrement, socialement, équitablement nécessaire de discriminer. Les ressources de la répartition, c'est-à-dire de la solidarité corporative, ne sont pas inépuisables. D'autre part, nous avançons sans crainte de démenti qu'il est matériellement impossible à un vieux médecin ne disposant d'aucune autre ressource et *obligé de cesser d'exercer*, de vivre avec une pension de 8.000 francs ou même de 16.000 francs par an. Si donc l'on veut tout à la fois venir en aide efficacement aux vieux médecins victimes de la dureté des temps, augmenter notablement leur pension et ne point accroître la charge imposée aux jeunes, il faut évidemment limiter le nombre des bénéficiaires, et ne point, sous prétexte d'éviter de délicates discriminations, disperser, éparpiller un effort que *tout conduit au contraire à concentrer sur ceux qui en ont besoin.* Si cet effort restait malgré tout insuffisant (et la période de pénurie que nous traversons permet de le prévoir aisément), il faudrait en outre, laisser aux retraités la faculté d'utiliser le peu d'activité dont ils pourraient encore disposer, ce qui socialement leur permettrait de ne point être à la charge totale de la corporation.

Ce même problème doit être examiné également d'un autre point de vue, celui des médecins jeunes lors de la création de la Caisse. Ces médecins paieront encore, par un prélèvement sur leur cotisation, les *pensions de répartition* de leurs confrères âgés, mais ne bénéficieront *plus de la répartition* : leur retraite sera uniquement constituée en *régime de capitalisation.* Elle sera déjà importante, mais évidemment encore réduite du fait des prélèvements de la répartition.

C'est là une vérité inattaquable qu'il ne faut pas dissimuler : les jeunes générations des 30 ou 40 premières années d'existence de la Caisse *paieront les rentes de leurs aînés*, et, *de ce fait*, toucheront elles-mêmes des rentes réduites.

Ce principe est en lui-même excellent. Nous souhaiterions néanmoins, comme nous l'avons déjà dit, lui voir apporter le correctif suivant, inspiré de la plus élémentaire justice : *La pension de répartition, étant un don gratuit, devrait être accordée seulement en cas de nécessité afin de ne pas imposer aux jeunes un sacrifice injustifié.*

La période normale : la capitalisation collective

Alors que le projet primitif ne donnait comme fondement aux rentes que les cotisations annuelles et les revenus des capitaux versés par les vieux médecins, le projet actuel entend leur donner une base plus solide. Il se propose en effet de constituer en 35 années un capital de 2 milliards 300 millions. Cet énorme magot aurait deux sources, l'une peu importante consistant dans la thésaurisation des capitaux versés dès l'origine par les allocataires retraités (d'où la nécessité de la « prime » destinée à attirer les versements), l'autre essentielle, provenant « des larges économies pratiquées dès le début sur le budget annuel des cotisations ». Que veulent dire ces termes obscurs ? Ils signifient tout simplement (mais alors pourquoi le cacher ?) que les cotisations des jeunes médecins comporteront *deux parts*, l'une alimentant

la caisse de *répartition* de la période transitoire, l'autre *capitalisée* destinée à assurer l'avenir du système de retraite.

On retombe donc, nous dira-t-on, dans le système classique que vous aviez préconisé depuis longtemps? Une telle hypothèse fait trop peu de crédit aux facultés d'inventions créatrices du rapporteur. Soucieux malgré tout de ne point retomber dans les « ornières » classiques, ce dernier aurait mis au point un procédé de capitalisation très supérieur à tout ce qui s'est fait jusqu'à présent dans le genre, et qui s'opposerait aux égoïsmes révolus de l'ancienne « capitalisation individuelle », nous avons nommé la « *capitalisation collective* ».

Parmi les avantages nombreux et considérables sur lesquels on s'étend complaisamment, on relève principalement :

— l'absence de taux fixe de capitalisation ;

— l'absence d'engagement à long terme pour le choix du contrat : ce n'est qu'à l'échéance seulement que le bénéficiaire indiquera la forme du contrat qu'il trouvera la mieux adaptée à sa situation ;

— les capitaux constitués restent l'entière propriété du Corps médical et seuls les intérêts serviront à la retraite.

En réalité, cette dénomination est assez arbitraire et imprécise.

La « capitalisation collective » s'apparenterait an système bien connu dit « *Système du Fonds commun inaliénable* ». Quant à la « capitalisation individuelle » elle représente ici ce que l'on appelle plus exactement la « capitalisation viagère ».

Dans le premier système (Fonds commun inaliénable), *seuls les intérêts* servent au service des rentes; dans le second (Capitalisation viagère), le *capital*, comme les intérêts, est affecté à ce service.

Cette distinction nous paraît bien *subtile*, et les avantages de la « capitalisation collective » *très problématiques*.

Le système du Fonds commun inaliénable a été appliqué de tous temps pour les groupements de *quelques têtes*. Pour un groupe de 25.000 médecins, une fois passé le régime transitoire, *il ne diffère en rien* du régime de Capitalisation viagère, sauf par un aspect *empirique et arbitraire* qui ne représente rien moins qu'un avantage.

La Capitalisation individuelle n'*exige* pas plus que la Capitalisation collective, de « *taux fixe* de capitalisation » : nombreux sont les organismes de capitalisation viagère qui se basent sur des taux variables. Elle n'exige pas non plus « d'engagement à long terme pour le choix du contrat ».

On nous dit, d'autre part, que, dans le système de la Capitalisation collective, les cotisations seront employées au service des rentes en répartition, et que, par suite, en période de *dévaluation*, les cotisations étant *revalorisées*, les rentes le seront aussi. Cette revalorisation ne sera jamais que *partielle*, car les intérêts des fonds placés ne se revaloriseront pas. Ceci, par ailleurs, n'est pas véritablement un avantage de la Capitalisation collective, et le *même mécanisme peut jouer* dans la *Capitalisation viagère*, avantage relatif d'ailleurs car, comme dans le régime transitoire initial, cette augmentation immédiate des rentes , ne correspondant à aucune cotisation versée dans le passé, ne pourra se faire qu'au détriment des rentes à servir aux jeunes dans l'avenir.

Que valent enfin les arguments tirés de la constitution de ce patrimoine aussi considérable que lointain qui, tout en restant la propriété de la Corporation, doit lui permettre de devenir l'une des plus puissantes du pays et de réaliser d'une manière rentable notre équipement sanitaire ? Examinons d'un peu près la réalité qui se cache derrière ces agréables mirages. Quelques lignes auparavant, le rapporteur, dans le compréhensible souci d'accorder au Corps médical toutes les garanties de sécurité qu'il est en droit d'attendre, affirmait que « cet énorme capital serait géré par la Caisse des Dépôts et Consignations ». Donc de deux choses l'une : ou bien la Caisse autonome en disposera comme bon lui semblera (ce qui *a priori* semble bien peu probable) et sera ainsi à même de financer une politique dont le moins que l'on puisse dire est qu'elle présente tous les dangers de la mégalomanie et qu'elle ne saurait manquer d'entraîner un jour ou l'autre « l'intervention » des Pouvoirs publics. Ou bien les fonds seront employés par la Caisse des Dépôts, selon des règles légales, en valeur d'Etat ou garanties par l'État, et dans ce cas, la « propriété » de ce patrimoine se réduirait pratiquement pour le Corps médical au seul droit d'en percevoir régulièrement les revenus, puisque le droit de disposition lui serait quasiment retiré. Il peut certes exister des solutions intermédiaires et le statut légal de la Caisse autonome peut laisser une certaine souplesse dans le mode de placement des fonds, souplesse souhaitable en ce qu'elle permettrait d'aiguiller une fraction de l'épargne médicale vers des emplois rentables tels que le financement de services privés d'utilité publique. Une place pourrait être faite ici, bien entendu, à ce fameux équipement sanitaire. Mais il paraît difficile de le transformer en une « bonne affaire » au sens financier du terme ; d'autre part, cette action n'aurait jamais, cela étant, l'envergure que le rapporteur veut bien lui prêter.

Nous croyons avoir démontré ainsi à quoi se réduisent en réalité les avantages corporatifs que l'on peut attendre de la propriété des capitaux constitués par l'épargne médicale dont le but principal, ne l'oublions pas, est de garantir les retraites. Mais on ne voit point en quoi la capitalisation « collective » serait ici supérieure à la *capitalisation ordinaire* ou plutôt viagère *qui comporte exactement les mêmes possibilités*.

Il est cependant une *différence essentielle* entre les deux régimes. Malheureusement, elle constitue un inconvénient grave de ce que le projet appelle la capitalisation collective, c'est-à-dire du « Fonds commun inaliénable » : dans ce système un capital de 100 francs versé sur une tête permet de servir une rente égale à ses seuls intérêts, soit 4 francs par exemple. Or, en capitalisation individuelle ou viagère, la rente servie sera, pour un médecin âgé, d'au moins 10 *francs*, *le capital* étant *aliéné* bien entendu.

Cet inconvénient suffirait à écarter la capitalisation collective, car, en *régime transitoire*, il faut servir le plus tôt possible des rentes *les plus élevées possibles* ; nous préférerons donc le système qui, avec les premiers capitaux réunis, permet de servir 10 francs de rentes plutôt que 4 francs.

Conclusions

En résumé, nous nous félicitons que le projet de retraite s'oriente définitivement vers le système mixte répartition (période transitoire), capitalisation (régime normal) que nous avons ici toujours préconisé.

Toutefois les modalités du projet actuel laissent encore beaucoup à désirer. Une institution de cette importance ne peut réussir qu'avec l'acceptation éclairée du Corps médical, laquelle ne se conçoit pas sans un « exposé des motifs » un peu plus solidement étayé que ceux qui nous furent jusqu'à maintenant proposés.

En ce qui concerne la répartition, rien ne justifie

la différence faite entre les retraités possesseurs d'un capital et ceux qui en sont dépourvus. Le versement d'un capital par le retraité ne doit donner lieu qu'au versement de la rente correspondant audit capital. D'autre part, la retraite-répartition doit venir efficacement en aide aux vieux médecins ; à cette fin, son montant doit être très notablement relevé, mais son bénéfice doit être réservé aux cas où cette aide se justifie. Si les ressources de la solidarité sont insuffisantes, la continuation de l'exercice doit être autorisée. Les économies réalisées grâce à ce principe permettraient enfin de garantir des allocations aux veuves des médecins. Un régime de prévoyance complet ne peut en effet laisser dans le vague, comme on l'a fait, une aussi grave question.

Nous croyons avoir montré en second lieu que le régime de la capitalisation collective, ou plutôt du fonds commun inaliénable, ne possède en réalité aucune supériorité sur le régime normal de capitalisation viagère, et qu'il présente par contre, en l'espèce, des inconvénients notables. Dans ces conditions, on ne voit point ce qui, en dehors de l'amour-propre de son auteur, pourrait justifier son adoption.

Nous faisons confiance aux services techniques du Ministère du Travail pour apporter à l'ébauche actuelle les retouches et les aménagements dont elle nous semble avoir encore grand besoin avant de mériter la consécration légale.

LES SOINS GRATUITS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

QUELQUES RÉFLEXIONS

Par Me Bernard AUGER,

Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

Il y a une dizaine d'années, le « Sou médical » a dû soutenir une infinité de recours au Conseil d'Etat, pour défendre les médecins contre « *la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux bénéficiaires de l'art.* 64 », l'organisme qui se pare de cette dénomination brève et expressive, laissant tomber sur eux, avec une prodigalité pesante, milliers de francs d'imputation et années de suspension. Les succès ont été nombreux — et éphémères, l'Administration des Pensions reprenant par la voie législative ce que la voie judiciaire lui avait fait perdre ; — ils ont été parfois des victoires à la Pyrrhus, car le médecin qui avait obtenu une cassation était renvoyé devant la Commission qui lui faisait payer la leçon de droit reçue. On dit que les éléphants ont la rancune tenace ; qu'ils ne pardonnent jamais les mauvais traitements qu'on leur fait, guettant, au besoin pendant de longues années, l'occasion d'en tirer vengeance. Eh bien, les éléphants sont des *Anges du Pardon* à côté de la Commission supérieure ; cette Commission, qui a la défaite maussade, ne pardonne pas à ceux de ses justiciables qu'elle a lésés de ne pas s'être inclinés devant la main qui les frappait ; ce sont ses propres torts qu'elle ne pardonne pas aux autres.

D'où vient cet état d'esprit, qu'on ne rencontre pas, ou qu'on ne rencontre qu'à un bien moindre degré, dans les Commissions départementales ? Très probablement, de ce que la Commission supérieure n'est pas en contact avec les justiciables qu'elle ne connaît que par le dossier et les mémoires souvent informes — le médecin n'a pas le goût du document juridique et présente trop souvent très mal ses observations écrites — qu'ils lui adressent pour soutenir leur appel ou défendre à celui du Ministre ; de ce que, composée pour moitié de représentants de l'Administration, moitié de représentants du Corps médical, qui sont des gens de valeur occupés par leur profession, disposant de peu de temps pour le service de la Commission, elle s'est laissée absorber par l'élément administratif, et a fini par n'être plus qu'une émanation des services de la rue de Bellechasse. Ce sont eux qui étudient les dossiers, qui les présentent à la Commission — si tant est que celle-ci se réunisse jamais, ce dont on peut douter, puisque jamais, sur l'expédition d'aucune décision, vous ne verrez le nom des commissaires qui ont siégé — ; c'est eux aussi, ou en tous cas des bureaux voisins, qui font les recours du Ministre ; qui défendent aux recours des intéressés. Il y a ainsi interpénétration des bureaux administratifs et de l'organe juridictionnel, qui a d'ailleurs aussi des attributions administratives. Etonnez-vous, après cela, de la constante conformité des décisions de la Commission, et des desiderata de l'Administration ! Celle-ci se juge elle-même.

***

Or l'Administration est dominée par un certain nombre d'idées premières :

— La médecine de l'art. 64 est un Pactole, libéralement ouvert par l'Etat et dirigé sur les poches du médecin.

— Tout médecin qui présente un mémoire élevé est un exploiteur qui a su draîner vers son cabinet par des moyens suspects, une clientèle qu'il n'aurait pu rassembler par des moyens honnêtes.

— Le médecin est un « ordonnateur des deniers de l'Etat », et, comme tel, doit compte de toutes les dépenses qu'il ordonnance ; il doit se montrer chiche des deniers publics.

Conséquence : tout mémoire élevé doit être étroitement contrôlé, amplement rabattu si possible; tous actes médicaux qui ne sont pas absolument nécessités par l'état physique des pensionnés doivent être laissés à la charge du médecin, et ce dernier doit être frappé de sanctions sévères.

Mais ces idées sont fausses.

Il fut un temps où le tarif de l'art. 64 se rapprochait de celui de la clientèle ouvrière ; on pouvait être tenté, alors, de dire que l'art. 64 profitait aux médecins en leur garantissant leur paiement. Mais aujourd'hui !

Le tarif de l'art. 64 est un tarif de misère, tout au moins dans les grandes villes : 25 francs la consultation, 30 francs la visite, le kilomètre à 3 francs, les mémoires sont payés lentement, tardivement, après un contrôle injurieux — heureux quand ils sont payés... Le temps qu'un médecin occupé consacre à un pensionné est du temps pécuniairement perdu : les paillettes que roule ce Pactole ne sont que du mica ; les médecins ne recherchent donc pas cette clientèle, bien au contraire ; ils l'acceptent par humanité, par solidarité de combattants — si tant est que le médecin soit combattant... et aussi parce que les pensionnés sont imbriqués dans le reste de leur clientèle. Mais elle ne leur paraît pas souhaitable, et ils ne font rien pour la développer.

D'où il suit qu'en règle générale, et sauf rarissimes exceptions, ce n'est nullement le résultat de la brigue ou de manœuvres antidéontologiques, si un médecin a une nombreuse clientèle de pensionnés ; c'est le plus souvent le résultat des circonstances et aussi la récompense de sa valeur, de son dévouement.

Quelques médecins, il est vrai, se montrent assez

complaisants pour leurs malades, les reçoivent aisément, et leur font des prescriptions abondantes, dont on dit que certains abusent en utilisant leurs médicaments d'excédent pour les besoins de leur famille ou en les échangeant. De quoi ne trafique-t-on pas aujourd'hui ? Mais de pareils procédés ne suffisent pas à recruter une clientèle, et l'on voit plus fréquemment des bénéficiaires nombreux se serrer autour de médecins dont les prescriptions sont parcimonieuses. Ce ne sont pas ces derniers qui sont les moins maltraités par la Commission supérieure...

Le médecin n'est pas « ordonnateur des deniers de l'Etat » — je suppose que l'expression, empruntée moitié au vocabulaire des Pompes funèbres, moitié à celui de la comptabilité publique, signifie : dispensateur des deniers de l'Etat. Il est, et n'est que cela, le médecin du pensionné qui l'a choisi. Il ne doit rien à l'Etat, que la discrétion qui est de mise quand il y a un tiers payant. Sous cette réserve, et sous la réserve aussi de ne prescrire que les médicaments autorisés — il y en a peu — et de se conformer aux règlements, le médecin est maître du nombre de ses actes médicaux et de sa thérapeutique. Il n'y a pas de raison qu'il soigne moins bien un pensionné qu'un malade ordinaire ; et je dirais même qu'il doit soigner plus attentivement un pensionné qu'un malade ordinaire, parce que si la santé du pensionné est déficiente, s'il est mutilé, il le doit à ce qu'il s'est sacrifié pour son pays. Il suit de là, que le médecin ne peut pas, honnêtement, refuser d'examiner un pensionné qui, *physiquement*, n'a peut-être pas besoin de ses soins, mais qui en a besoin *moralement*, parce qu'il lui faut être rassuré, soutenu. Ce soutien moral rentre dans le rôle du médecin aussi bien que l'appui physique ; je ne vois pas de quel droit le médecin le refuserait, si ce n'est à un fricoteur, et ayant examiné le malade, pourquoi il ne détacherait pas un bulletin : c'est aussi bien l'infirmité qui a fait octroyer la pension qui a rendu nécessaire l'appui moral. Si la Commission estime que les soins n'auraient pas dû être donnés, elle a un moyen bien simple de sauvegarder les intérêts de l'Etat ; c'est d'en imputer le montant au pensionné lui-même, dûment mis en cause, comme le lui permet l'art. 45 du décret du 10 septembre 1942. Pourquoi ne le fait-elle jamais ?

***

L'erreur commise dans les bases du raisonnement, cette méconnaissance de la réalité, et du rôle du médecin, expliquent certains appels du Ministre ; ils expliquent, aussi, les décisions étonnantes de la Commission.

Car celle-ci s'arroge le droit de mener l'instruction de l'affaire, par-dessus la tête de l'Administration appelante, et par les mêmes méthodes. Ce sont donc les membres de la Commission qui représentent l'Etat ou les bureaux du Secrétariat qui instruisent l'affaire ; qui se décident, d'après un certain nombre de procédés, dont le premier est celui des moyennes, que le premier secrétaire de la Commission, mathématicien égaré dans la médecine et nostalgique du cosinus, a légué à ses successeurs. Ils devraient examiner chaque acte médical, et en apprécier le bien fondé avant de proposer d'en accepter ou d'en refuser le paiement. Ils n'en font rien : si la comparaison des moyennes révèle un écart — une moyenne trop élevée chez le médecin prouve qu'il est inutilement prodigue ; une moyenne trop faible prouve que ses soins étaient inutiles — on fait des sondages ; que trois ou quatre bulletins révèlent une affection ou une complication paraissant ne pas s'accorder avec les prescriptions faites, l'affaire du médecin est claire ; on lui rabat quelques milliers de francs. On lui impute une part des frais pharmaceutiques, et on lui interdit, au besoin à vie... pendant qu'on y est..., de donner ses soins au titre de l'art. 64. Et voilà... Singulière justice, et que les droits et les intérêts des médecins sont donc bien sauvegardés ! Il leur reste le recours à la Commission de cassation ; mais, comme son nom l'indique, les pouvoirs de cette Commission sont réduits, et l'obligation où elle est de renvoyer devant la Commission supérieure amenuise encore l'effet de ses décisions.

Les résultats de ce mode d'instruction et de décision sont d'autant plus pitoyables, que les rapporteurs, ou le rapporteur — ils sont certainement très peu nombreux, et peut-être même uniques, à en juger par l'unité de style, de vocabulaire et de procédés de discussion, des décisions de la Commission supérieure — que le ou les rapporteurs, donc, ne sont pas médecins. Ils ont acquis, avec le temps, une certaine teinture des choses de la médecine ; mais leur ignorance foncière les entraîne tout de même un peu loin... Voici par exemple un pensionné pour emphysème pulmonaire. Il fait de la bronchite, une poussée subaiguë d'emphysème avec congestion des bases et état fébrile, présente de nombreux râles. Le médecin ordonne du sirop de bromoforme composé ; des fleurs pectorales, de la teinture d'iode, de l'aspirine, de la farine de moutarde, de l'huile goménolée. Autrement dit des calmants contre la toux, des révulsifs, des désinfectants. Cela paraît judicieux. Que décide la Commission ? Que ces prescriptions n'ont aucun rapport avec les complications mentionnées sur le bulletin... Et le médecin est suspendu pour toujours, et le pensionné signalé à la Commission départementale, pour être rappelé à la discrétion...

Je vous entends. Vous vous étonnez, dites-vous, que les membres médecins de la Commission aient laissé passer une telle énormité, entre tant d'autres. Moi, je n'en suis pas trop surpris. Etant donné les procédés d'instruction des affaires, le grand nombre de dossiers soumis à la Commission à chaque séance et leur complexité, le peu de temps dont ils disposent, car ils ne sont pas des clochards ni des dilettantes et ils ont des cabinets chargés, les membres médecins se contentent d'entendre un rapport sommaire ; ils n'entrent pas dans le détail, à moins que l'affaire ne soulève une question qui les intéresse ; ils entérinent purement et simplement les décisions qui leur sont présentées, et en ignorent paisiblement le langage barbare et les audaces. Ainsi, les médecins qui comparaissent devant la Commission, et qui, celle-ci jugeant uniquement une pièce, n'ont aucun moyen de s'expliquer sur un rapport qu'ils ne connaissent pas, ces médecins sont privés de l'appui de leurs pairs : la Commission est déséquilibrée à leur détriment. Ce qui m'oblige à suggérer, respectueusement, que les membres médecins de la Commission tiennent de leur nomination la charge de participer effectivement aux travaux de ladite Commission ; qu'ils ne peuvent pas se contenter du rôle de superviseur, de la tribu des Beni Oui Oui, qui les satisfait pleinement aujourd'hui semble-t-il ; que leur passivité s'accorde mal avec les devoirs de leur charge.

***

Je ne crois pas, toutefois, qu'il suffise d'une plus grande, même d'une grande activité de leur part, pour ramener la Commission à un fonctionnement moins exclusivement dirigé vers les abîmes du *pince-porc* et de la chambre à sous affectionnés par le roi Ubu, moins porté vers les joies de l'ostracisme. La Commission ne peut pas donner de résultats satisfaisants, parce que le principe même sur lequel elle

est fondée est mauvais. Il s'agit, à la fois, de déterminer le montant de la créance du médecin, et les sanetions que la pratique professionnelle de celui-ci pourrait éventuellement justifier. Ce rôle, ce double rôle de juge et de Conseil de discipline, ne peut pas être utilement tenu par une Commission jugeant exelusivement sur pièces, après une instruction unilatérale et secrète. L'on peut laisser subsister la Commission supérieure ; mais il faut, alors, la cantonner dans ses attributions purement administratives, et transporter à d'autres ses attributions eontcntieuses.

Ces attributions, ai-je dit, sont de deux sortes : de pleine juridiction et de diseipline. Il faut les dissoeier.

Les attributions de pleine juridiction, e'est-à-dire la eharge de statuer sur les mémoires, il faut les donner direetement au Conseil d'Etat, ou, si l'on préfère, à la Commission spéeiale de Cassation des Pensions, dont on élargirait à ees fins les attributions et la composition. Pourquoi le Conseil d'Etat ou sa succédanée ? Paree qu'il s'agit de déelarer l'Etat débiteur, ce qui rentre dans le droit eommun des attributions du Conseil d'Etat. Les affaires seraient introduites, instruites et jugées comme les affaires de « plein contentieux », c'est-à-dire soumises au Ministère d'avocat et aux frais fiscaux et de greffe de ces affaires ; ainsi éliminerait-on tous les litiges de pure morosité, portant sur quelques franes et n'agitant pas de question de principe.

Les attributions disciplinaires, je les donnerais, tout bêtement, aux juridictions diseiplinaires de l'Ordre.

Quand il n'existait rien, on pouvait eoncevoir que les fautes professionnelles eommises à propos de l'Assistanee médieale gratuite, des Pensions de guerre, des Assuranees soeiales, fissent l'objet de poursuites devant des organismes eonstitués par ees diverses administrations. Mais aujourd'hui, il existe quelque chose : l'Ordre dispose d'une juridiction diseiplinaire et de sanetions l'une fort bien organisée et les autres très effieaees. Ces tribunaux, ou simulaeres de tribunaux, n'ont donc plus de raison d'être, alors surtout que leurs déeisions débordent très largement du eadre qui leur est traeé : par le jeu du décret du 9 juin 1934, le médeein frappé d'une sanetion par une administration la voit étendue à toutes eelles où il remplit un offiee quelconque, en sorte qu'interdit au titre de l'art. 64, un médeein est *ipso facto* exelu de l'A. M. G., des Assuranees sociales, des hôpitaux publies et des dispensaires. Autant dire que l'exereiee de la médeeine lui est pratiquement interdit.

J'ai été toujours surpris que le Conseil National — autrefois Supérieur — ne se soit pas emparé de cette question des soins gratuits, si irritante, pour lui chercher une solution plus satisfaisante pour le Corps médieal. Il n'y a pas, à mon sens, de question plus urgente : si l'état de choses aetuel persiste, il deviendra impossible à un médeein eonscieneieux de soigner des bénéfieiaires de l'art. 64, et l'Administration aura beau jeu, alors, de fonetionnariser la médeeine des pensions...

Le Conseil pourrait, je crois, faire siennes celle que je préeonise. Elle est simple ; elle ne demanderait la création d'aueun organisme nouveau ; elle serait réalisable dans le minimum de temps. Ce sont là bien des qualités... En admettant qu'elles ne plaisent pas, le Conseil National pourrait, il me semble, en chercher d'autres. Sans quoi, d'iei peu, il devra autoriser la création d'une *Association nationale des médecins victimes de la Commission supérieure*, qui, en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, englobera tous les médecins de France — sauf les membres médeeins de la Commission...

Et eneore !

A TRAVERS L'OFFICIEL *(Suite)*

« 3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 380 francs ;

« 4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 145 francs ;

« 5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 190 fr. ;

« 6° Pour examen au point de vue mental :

« A Paris : 300 francs ;

« En province : 250 francs.

« Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'atorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée.

c) *Toxicologie.*

« *Art.* 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

« 1° Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang :

« A Paris : 180 francs ;

« Dans les autres localités : 150 francs ;

« 2° Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique :

« A Paris : 360 francs ;

« Dans les autres localités : 325 francs ;

« 3° Pour analyse des gaz contenus dans le sang :

« A Paris : 360 francs ;

« Dans les autres localités : 325 francs ;

« 4° Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acidité cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères :

« A Paris : 180 francs ;

« Dans les autres localités : 150 francs ;

« 5° Pour recherche et dosage d'un élément toxique ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères ;

« A Paris : 300 francs ;

« Dans les autres localités : 270 francs ;

« 6° Pour recherche avec essais physiologiques dans une substance ou dans un organe autre que les viscères d'un des alcaloïdes courants :

« A Paris : 180 francs ;

« Dans les autres localités : 150 francs ;

« 7° Pour recherche dans les viscères avec essais physiologiques d'un des alcaloïdes courants :

« A Paris : 300 francs ;

« Dans les autres localités : 270 francs.

d) *Biologie.*

« *Art.* 28. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques dans les cas simples :

« A Paris : 180 francs ;

« Dans les autres localités : 150 francs.

« Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telle que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant fixe, sous réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 du présent décret, la taxe qui doit être allouée.

c) *Radiodiagnostic*

« *Art.* 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :

1° Pour radiographie :

« De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied : 90 francs ;

« De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou : 120 francs ;

« De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras : 150 francs ;

« Du rachis cervical, dorsal ou lombaire, du crâne : 240 francs ;

« Du thorax ou bassin : 300 francs ;

« Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves.

« Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose ;

« 2° Pour localisation de corps étranger :
« Dans un membre : 225 francs ;
« Dans le crâne, le thorax ou le bassin : 340 francs ;
« 3° Pour radioscopie préalable (aorte, poumons par exemple) :
« Pour le thorax : 150 francs ;
« Pour les membres (recherches du corps étranger): 120 francs.
« Ce tarif est uniforme, quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur. (*J. O.*, 21 mars).

Infirmières et infirmiers hospitaliers

En application de la loi du 15 juillet 1943 et notamment de son article 7, un décret du 21 février 1944 porte création d'une Union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers.
(*J. O.*, 18 mars).

Médecins de sanatoriums

Décret du 7 mars 1944 fixant les traitements et classes des médecins des sanatoriums publics

Art. 1er. — Les traitements et classes des médecins des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit, à compter du 1er avril 1943.

Médecins directeurs :

1re classe	60.000 fr.
2e classe	55.000 »
3e classe	50.000 »

Médecins adjoints :

1re classe	42.000 fr.
2e classe	37.500 »
3e classe	33.000 »

Art. 2. — Les traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux médecins des sanatoriums publics que dans les limites et conditions fixées par un arrêté signé par le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — Les médecins directeurs et les médecins adjoints seront reclassés dans leur nouvelle échelle suivant le tableau de correspondance ci-après.

Position ancienne	Position nouvelle
Médecins directeurs	
1re classe	1re classe
2e et 3e classe	2e classe
4e et 5e classe	3e classe
Médecins adjoints	
1re classe	1re classe
2e classe	2e classe
3e et 4e classe	3e classe

Les intéressés conserveront dans la classe nouvelle l'ancienneté acquise dans la classe ancienne.

Toutefois, l'ancienneté :

Des médecins directeurs de 3e classe (ancienne) classés dans la 2e classe nouvelle ;

Des médecins directeurs de 5e classe (ancienne) classés dans la 3e classe nouvelle ;

Des médecins adjoints de 4e classe (ancienne) classés dans la 3e classe nouvelle,

comptera de la date d'application du présent décret.
(*J. O.*, 18 mars).

Services médico-sociaux de la main-d'œuvre

Une loi du 7 mars 1944 organise les services médico-sociaux de la main-d'œuvre dépendant du secrétariat d'Etat au Travail. Leurs attributions se trouvent définies par l'article 2 dont voici le texte :

Art. 2. — Sous l'autorité du Secrétaire général à la main-d'œuvre et conformément à la doctrine élaborée par le Comité permanent de la médecine du travail, les services médico-sociaux de la main-d'œuvre assurent sur le plan médico-social :

La préparation et l'exploitation du fichier physio-pathologique de la main-d'œuvre ;

La sélection, le placement, la répartition rationnelle et le reclassement des travailleuses ou travailleurs suivant leurs aptitudes physiques au travail ;

L'orientation des travailleurs provisoirement inap-

tes au travail vers les centres de prévention, de traitement ou de cure et des travailleurs physiquement inaptes à tout travail vers les institutions d'assistance ;

La surveillance des centres de reclassement, de rééducation ou d'assistance par le travail ;

et, en liaison étroite avec les services de la Santé publique :

La protection de la santé des travailleurs dans les formations de la main-d'œuvre contrôlée (jeunes travailleurs de la main-d'œuvre encadrée ou des chantiers forestiers, travailleurs de la main-d'œuvre étrangère, de la main-d'œuvre indigène nord-africaine ou coloniale).

Les services médico-sociaux sont, d'autre part, chargés de résoudre, sur le plan médical et médico-social, tous les problèmes posés par les mouvements de la main-d'œuvre et de participer au reclassement des prisonniers rapatriés dans les conditions définies par les dispositions en vigueur.

Un décret du 7 mars 1944 fixe le statut et les conditions de rémunération du personnel des services médico-sociaux de la main-d'œuvre.

(*J. O.*, 10 mars).

Autour de la préconciliation

Rectificatif

Selon les avis que nous avions recueillis, nous avions cru pouvoir conseiller dans notre article du 1er mars page 135, la tenue d'un livre-journal pour les dépenses, distinct du livre-journal pour les recettes. Or l'article 87 du Code des impôts directs est formel : le livre-journal est tenu au jour le jour et présente le détail des recettes et des dépenses professionnelles.

Dont acte.

R. JODIN.

& ÉCHOS COMMENTAIRES

EN MARGE DE L'AFFAIRE PETIOT. — PAROLES DE BON SENS A PROPOS DE LA RETRAITE. — HAUSSE ABSOLUE, MAIS BAISSE RELATIVE DES CHARGES EN MATIÈRE D'A. F. — LES MÉDECINS NE SONT PAS LES PLUS MAL PARTAGÉS.

Dans un but facile à deviner, la presse quotidienne dont le vide poussé a, depuis quelques années, lassé l'intérêt du lecteur, s'efforce à le réveiller aujourd'hui avec une spontanéité bien orchestrée. Usant d'une méthode aussi sûre qu'éprouvée, elle exploite rationnellement les scandales soigneusement progressifs d'une affaire pimentée.

Il ne nous appartient pas d'apprécier dans quelle mesure il est opportun et louable de capter ainsi, au détriment de problèmes plus élevés, l'attention du public et de recourir pour ce faire à des procédés que l'on reprochait, fort vertueusement, il y a peu de temps encore à la presse d'avant-guerre.

Il est par contre de notre rôle de tirer enseignement des reproches que l'on n'a point manqué en cette occasion d'adresser à l'Ordre des médecins, avec le compréhensible souci de déplacer aux yeux du public d'évidentes, mais lourdes responsabilités.

Le problème se pose ainsi : un Conseil de l'Ordre peut-il refuser d'inscrire à son tableau un médecin qui a fait l'objet de condamnations de droit commun mais a purgé les peines qu'il avait encourues ? On sait que les deux seuls motifs légaux de refus sont l'irrégularité au regard des lois sur l'exercice de la médecine ou le défaut de moralité professionnelle ou générale. Mais l'exercice du pouvoir social répressif

n'épuise-t-il point le pouvoir disciplinaire ? La peine déjà subie n'est-elle point *erga omnes* un suffisant rachat ?

Cette question a déjà été résolue dans un domaine fort proche du nôtre : celui des avocats. Une jurisprudence plus que centenaire, tant de la Cour suprême que des Cours d'appel, reconnaît qu' « à l'égard de l'avocat qui a comparu comme prévenu devant un Tribunal pour un délit de droit commun, le pouvoir disciplinaire n'est pas épuisé, ni même entamé. Le fait délictuel peut être envisagé de ce point de vue nouveau. Et après qu'il a donné lieu à une condamnation pénale, il peut donner lieu à une peine disciplinaire » (1).

A fortiori, une telle condamnation peut donc constituer le motif déterminant d'un refus d'inscription au tableau. Encore faudrait-il évidemment que le Conseil fut prévenu du passé judiciaire exact et complet du candidat. Ce qui nous conduit à souhaiter une liaison dorénavant plus étroite entre les Conseils régionaux de l'Ordre et les services du casier judiciaire.

***

Nous avons reçu d'un de nos correspondants, le Dr Bajon, *à Chiddes (Nièvre), à propos du projet de retraite publié par le Conseil National, l'intéressante lettre que nous croyons devoir publier ci-dessous.*

Ces jours-ci, dans une réunion comportant plusieurs médecins de tous âges, la conversation tomba, fatalement, sur le communiqué de l'Ordre paru dans un périodique de publicité, ayant trait à la retraite. Chacun dit son mot, et j'en tirai les conclusions que voici.

Je ne veux pas faire d'ironie, le sujet est sérieux. Tout au plus m'extasierai-je sur l'avenir de nos petits-neveux, qui, grâce aux sommes « considérables » que réunira la Capitalisation, se verront, dans 2 ou 300 ans, voués à profiter d'une retraite confortable dès leur thèse passée. A moins qu'un Briand et un Duez n'aient escamoté le milliard de cette nouvelle Congrégation...

Mais ce n'est pas la retraite normale des médecins cotisant dès leur installation qui m'occupe : tout système de constitution d'une rente viagère a ses avantages et ses inconvénients, en fonction des contingences ; et nul n'est prophète ; rien n'est éternel.

Ce dont je me soucie, c'est le point de vue où l'on se tient en ce qui concerne la retraite des vieux médecins non cotisants. Les jeunes réagissent avec aigreur. « Nous allons faire profiter d'une aubaine maints médecins déjà nantis, en nous saignant ; car beaucoup, en se retirant, jouissent d'un revenu équivalant pour le moins au fameux minimum vital ! C'est insoutenable ! » N'ont-ils pas un peu raison ? Peut-être réagiraient-ils moins s'ils étaient assurés que le sacrifice qu'on leur impose dut aider exclusivement ceux qui ne possèdent pas ce strict minimum ?

En fait, si la retraite normale n'est qu'une question banale, dont seules les modalités sont discutables, la retraite des vieux médecins non cotisants est purement une *œuvre d'assistance*, et c'est ce que l'on perd trop de vue. Or, qui dit assistance *ne dit pas distribution égale et aveugle*, mais bien *attribution réfléchie, et motivée, à une catégorie limitée de déficients* ; car *le bénéficiaire ne jouit pas d'un droit mais d'une faveur.*

La distribution sans discrimination d'un fonds de bienfaisance a le triple inconvénient : 1° de choquer celui que l'on oblige à payer son écot ; 2° de priver le nécessiteux de ce que l'on donne au bien pourvu ; 3° en ce faisant, de rendre pratiquement inopérante l'aide fournie, par suite de la modicité de la retraite.

(1) Les règles de la profession d'avocat. F. Payen, p. 460.

L'idéal de la bienfaisance est de donner le plus possible au plus dépourvu, et rien aux favorisés du sort. Mais, comment apprécier la situation plus ou moins intéressante de chacun ? Peut-être n'existe-t-il pratiquement qu'un seul élément vérifiable, très approximatif il est vrai, et sujet à caution : la déclaration des revenus imposables faite au fisc. Le médecin qui solliciterait la retraite des non-cotisants pourrait fournir à l'Ordre cette indication ; ne recevraient rien ceux qui atteignent ou dépassent les 40.000 fatidiques. Quant aux autres, ils seraient rentés au prorata de leur déficit. Cette répartition, plus humaine, rendrait moins misérable l'existence des impécunieux, sans grand dommage pour les *beati possidentes*. Encore une fois, cette Retraite des Vieux est une œuvre de Bienfaisance ; il faut savoir appeler les choses par leur nom.

* * *

Nous donnons par ailleurs des renseignements sur le droit aux Allocations familiales des veuves de médecins chargées de famille. En ce qui concerne les médecins faisant partie de la section « Travailleurs indépendants » de la Caisse d'Allocations familiales des professions médicales, nous sommes à même de leur donner les renseignements suivants concernant leur cotisation de 1944.

Cette cotisation, comme les années précédentes, est calculée en pourcentage du salaire moyen départemental établi par arrêté ministériel. Jusqu'en juillet 1943, ce pourcentage était de 10 %, ce qui pour Paris donnait une cotisation semestrielle d'environ 1.020 francs. En juillet 1943, la cotisation pour le deuxième semestre 1943 fut ramenée à 8 % et pour l'année 1944 ce taux vient d'être réduit à 7 %.

Mais comme d'autre part le salaire moyen départemental vient d'être relevé d'environ 33 % par un arrêté ministériel du 16 février 1944, la cotisation de 1944 se trouve en fait augmentée.

Cependant tout compte fait, elle sera quand même inférieure à celle réclamée en 1942, bien que les allocations versées aux médecins chargés de famille soient augmentées d'environ 33 %, ce qui, finalement, ne peut que satisfaire tout le monde.

* * *

Un décret, mentionné d'autre part, vient de préciser le rôle, l'organisation intérieure et le fonctionnement de l'Union Nationale des Infirmières et Infirmiers hospitaliers, instituée par la loi du 15 juillet 1943, et dont nous avons dit en son temps qu'elle jouerait pour les infirmiers le rôle de l'Ordre pour les médecins.

Il eût été facile au législateur de mettre à profit l'expérience médicale et notamment les enseignements tirés de l'application de la loi du 7 octobre 1940, si heureusement modifiée le 10 septembre 1942. Ainsi eût-il évité la réédition d'une faute majeure : la confusion des fonctions administratives et disciplinaires. Or, il faut constater que le Conseil Central et les Comités régionaux de l'Union Nationale sont, aux termes des articles 1er et 8 du décret, chargés de cumuler ces fonctions. Des difficultés sans nombre se préparent...

Bien d'autres dispositions du décret prêtent d'ailleurs le flanc à critique. Tel cet article 4 qui donne au Conseil Central le soin d'établir les règlements intérieurs « qui *peuvent* paraître nécessaires » (*sic*). Tel aussi cet ineffable article 3 ainsi conçu : « Aucune discussion étrangère à l'objet propre de l'Union tel qu'il est précisé à l'article 1er ci-dessus ne doit avoir lieu dans les séances des conseils et comités de l'Union. Les délégués du Gouvernement ont qualité pour interrompre les séances si des discussions de ce

genre s'y engageaient ». Ne croirait-on pas lire, sorti de la plume d'un surveillant général grincheux, le texte d'un règlement de collège ? Que nous voilà loin d'un style législatif digne de ce nom !

Moralité : Bien que le malheur des uns ne fasse pas le bonheur des autres, les médecins peuvent cependant se dire que les infirmiers sont certainement moins bien partagés qu'eux quant à l'organisation professionnelle.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

199. — Ablation de kystes sébacés multiples

J'ai enlevé en trois séances à quinze jours d'intervalle, neuf kystes sébacés du cuir chevelu de différentes grosseurs à une assurée sociale.

Que dois-je inscrire sur ses feuilles ? Dr L.

Réponse

a) *Je ne vois nulle part inscrite l'ablation d'un petit kyste sébacé du cuir chevelu. Par analogie, on pourrait compter* P.C.2 *comme pour « ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome ».*

b) *Ne pas oublier que lorsqu'on fait plusieurs interventions en une même séance, on compte la première à plein tarif, la deuxième à demi tarif et rien au-dessus de deux actes. (Nomenclature en P.C. Observations générales — 1°).* ».

Dr Fernand DECOURT.

Demandes et Offres

N° 83. — A v. Anatomie hum. descript. de Testut en 6 volumes. Anatomie topograph. de Testut et Jacob en 2 vol. Dr Lherminez à Raimbeaucourt (Nord).

N° 84. — Un organisme d'Assur. Soc. rech. plus. méd. conseils. Seules des candid. tr. sér. sont suscept. d'être retenues.

N° 85. — Urg. Pour cause départ poste médec. gle et pro-pharm. à céder à La Ferté-St-Cyr (L.-et-C.). Ecr. Dr Bergère, 46, Aven. de Laon à Reims.

N° 86. — On dem. lampe claire Boulitte et petit appar. U.V. de Gallois.

N° 87. — Cherche appar. radiographie-radiosc. état nf ou très bon. Ecr. journ. qui transm.

N° 88. — Seul médec. pro-pharm. 80 klm de Paris, tr. gr. rapp. client. agréable, mais. tt conf. A céd. avec install. et mobil. rais. personn. Prix une annuité (non compr.) install. méd. et mobil. personn. Paiem. compt.

N° 89. — Méd. 32 a. cherche client. ou remplac. de longue durée. Région indiffér.

N° 90. — Confr. recherche appar. Radioscopie puissant et en parf. état pour cabin. médec. gle, ainsi que fauteuil Surrepos, préfér. recouv. cuir. Ecr. Journal qui transm.

N° 91. — Méd. 30 ans, retour captiv. cherche cession client. région Sud-ouest.

N° 92. — A v. import. matér. d'Electro Radiol., deux postes de Radiodiagnostic et access. O.C. (1.500 et 350 watts), appar. de Chronaxie, Diathermie, U.V. etc. Ecr. journ. qui transm.

N° 93. — Suis achet. Pratiq. médico-chirurg., Dern. Edit. Anatomie Poirier, Testut ou Rouvière. Ecr. Journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : N° 3 — 44-2
N° d'autorisation : 77 et Pa 692 N° au C. O. L. : 31.0044

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE N° 18 et 19 LUNDI 1er MAI 1944

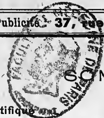
379 à 381

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur Le N° 5 frs C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Cours d'orientation professionnelle.** — Un cours d'orientation professionnelle, réservé aux médecins, s'ouvrira le 15 mai, 41, rue Gay-Lussac. Inscriptions au Laboratoire d'hygiène de la Faculté, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusqu'au 6 mai. Droit: 300 francs.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. BERTRAND, agrégé, est nommé professeur de Clinique chirurgicale, en remplacement de M. Patel, retraité.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. SWYNGHEDAUW, professeur de Clinique chirurgicale infantile, est transféré dans la chaire de Clinique chirurgicale de la Charité, en remplacement de M. Delannoy, retraité.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — *Sous-admissibilité* (12 places) : MM. Lesobre, Lamotte (Michel), Fauvert, Brissaud, Pautrat, Tardieu, Nouaille, Claisse, Sallet, Bour, Eck, Aussanaire.

— **Institut Alfred-Fournier.** — *Poste de directeur du Laboratoire central.* — Un concours sur titres est ouvert à l'Institut Alfred-Fournier pour la nomination d'un médecin-directeur du Laboratoire central de la Ligue nationale française contre le péril vénérien. Peuvent être candidats, les docteurs en médecine réunissant les conditions exigées pour la direction des laboratoires de sérologie. Ce poste est exclusif de l'exercice de la clientèle et de toute autre fonction. Traitement annuel : 100.000 francs.

Formuler les demandes et présenter un exposé de titres en trois exemplaires, avant le 31 mai 1944, à la Direction de la Ligue nationale contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris.

— **Hôpitaux d'Orléans.** *Internat.* — Un concours pour trois places d'interne en médecine à l'hôpital-hospice d'Orléans, aura lieu le 3 juillet 1944.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance de l'Orléanais, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

— **Marine marchande.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (Laboratoire d'hygiène), le 19 juin 1944 et jours suivants.

Les dossiers des candidats devront être adressés vingt jours à l'avance au Secrétariat d'Etat à la Marine et aux Colonies (services de la Marine marchande, Direction des Gens de mer), 3, place de Fontenoy, à Paris (VIIe).

La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 100 francs pour droits d'inscription.

Un enseignement préparatoire à cet examen aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Paris, du 22 mai au 7 juin.

— **Société pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.)** — A la liste, antérieurement publiée, des subventions adressées en 1943 à la Société F. E. M. par les Laboratoires de produits pharmaceutiques, ajouter un don de 2.000 francs des Laboratoires de S. I. T. S. A. (*Communiqué*).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Françoise LONGUET, quatrième fille du Docteur Yves Longuet, de Nantes ; de Jean-François LEDU, fils du Docteur Ledu, d'Iffendic (Ille-et-Vilaine) ; d'Hélène et de Colette BOURLÈS, filles du Docteur

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. 120 fr. | Etudiants..... 80 fr.

Marcel Bourlès, de Quimper ; de Françoise Cabasson, fille du Docteur Robert Cabasson, de Le Pradet (Var) ; de Jacques Maussion, fils du Docteur Lucien Maussion, de Paris ; de Pierre Verheggen, fils du Docteur Verheggen, de Paulhan ; de Pascal Got, septième enfant du Docteur Got, de Montivilliers (Seine-Infér.) ; de Jean-Luc Verdier, fils du Docteur Verdier, de Nîmes ; de Michel Borja, deuxième fils du Docteur Victor Borja, de Noyon ; de Pascal de Prat, fils du Docteur Jean de Prat, de Brénod (Ain) ; de Patrice Navatel, troisième enfant du Docteur Paul Navatel, de Saint-Jean-de-Bournay (Isère) ; de Dominique Moreau, fille du Docteur J. Moreau, de Martigné-Ferchaud (Ile-et-Vilaine) ; d'Odile Fayet, quatrième enfant du Docteur Fayet, d'Oulchy-le-Château (Aisne) ; de Jean-Pierre Morel, deuxième enfant du Docteur Jean Morel, du Raincy (Seine-et-Oise) ; de Pascale Bruneau de la Salle, fille du Docteur J. Bruneau de La Salle, de Caen ; de Danièle Pouget, troisième enfant du Docteur René Pouget, de Royan ; de Françoise Aussilloux, cinquième enfant du Docteur Jean Aussilloux, de Carcassonne ; de Madeleine Ayzac, quatrième enfant du Docteur Ayzac, de Gourdon (Lot) ; de Françoise Rousseau, quatrième enfant du Docteur Rousseau, d'Anould (Vosges) ; de Marie-Madeleine Lardet, cinquième enfant du Docteur Gustave Lardet, de Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire) ; de Gérard-Philippe Desbonnets, cinquième enfant du Docteur Gérard Desbonnets, professeur agrégé à la Faculté libre de médecine de Lille.

— **Mariages.** — On annonce le mariage du Docteur Maurice Perrin, médecin commissaire des Chantiers de la Jeunesse, avec Mademoiselle Emilienne Audoit; de Monsieur Jean Braud avec Mademoiselle Janine Allain, fille du Docteur Arsène Allain, de Teloché (Sarthe), vice-président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Sarthe.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Pierre Cordier, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; du Docteur G. Chavannaz, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux ; du Docteur Henri Saint-Aubin, de Reims, oncle du Docteur Jean Lemoine, de Reims.

— Nous apprenons le décès de Madame Léonard Baranger, veuve du Docteur Léonard Baranger, d'Orléans, mère des Docteurs Jacques Baranger, du Mans, et André Baranger, de Beauvais, anciens internes des hôpitaux de Paris, grand'mère du Docteur Georges Canaud, de Châtel-Guyon, de MM. Joseph Canaud, interne des hôpitaux, Jean Baranger, externe des hôpitaux et André Canaud, étudiant en médecine.

— Le Docteur Georges Haton, de Paris, fait part du décès de Madame Veuve Haton, sa mère.

— Le Docteur Alfred Crétin, de Sérifontaine (Oise), fait part du décès de Monsieur Gatien Crétin, son père.

— Le Docteur Dauby, d'Ercheu (Somme), fait part du décès de son fils, Jacques Dauby, dans sa troisième année.

— Le Professeur Maurice Perrin, de Nancy, fait part de la mort de son oncle, le Docteur Sébastien Rémy, ancien professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Nancy, décédé le 21 mars 1944, dans sa 94e année.

Il était le père du Docteur André Rémy, de Nancy, ancien chef de Clinique ; du Docteur Jean Rémy, ancien interne des hôpitaux, médecin à Rambervillers ; le beau-père du Docteur René Baudot, ancien chef de Clinique ophtalmologique à Nancy ; le grand-père du médecin sous-lieutenant Michel Rémy, au Stalag XI-B.

— Hommage a la mémoire du Dr Edouard Branly. — A l'occasion de son centenaire, une plaque commémorative a été apposée, 87, boulevard Saint-Michel, domicile du Docteur Ed. Branly. MM. Louis Rollin, ancien ministre, R. Bouffet, préfet de la Seine, P. Taittinger, président du Conseil municipal de Paris ont, tour à tour, prononcé des discours.

Assurances sociales

SITUATION DES ENGAGÉS VOLONTAIRES OU DES REQUIS CIVILS AU TITRE DE LA DÉFENSE PASSIVE

Nous reproduisons ci-dessous le texte d'une lettre importante de la Direction des Assurances sociales en date du 28 décembre 1943 :

La question m'a été posée de savoir si les engagés volontaires et les requis civils au titre de la défense passive, assurés sociaux, peuvent bénéficier des prestations d'Assurances sociales, en cas de maladie ou d'accident survenu du fait ou à l'occasion du service de défense passive.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le risque auquel sont exposés les intéressés pendant le service de défense passive est un risque spécial non couvert par la législation des Assurances sociales. La réparation du dommage subi dans ce cas est assurée par une législation particulière et comprend deux périodes :

1° Une période d'incapacité temporaire pendant laquelle les requis et engagés volontaires ont droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques et au paiement d'indemnités journalières dans les conditions fixées par la loi du 3 juillet 1941 modifiée par les lois des 13 août et 25 mars 1943.

2° Une période d'incapacité permanente pour laquelle ils ont droit, le cas échéant, conformément à la loi du 9 juin 1943, au bénéfice de la législation des pensions militaires, cette législation s'appliquant également en cas de décès survenu du fait ou à l'occasion du service de défense passive.

Il résulte de ces dispositions que les engagés volontaires et les requis civils au titre de la défense passive bénéficient d'un système de réparation complet et que les Caisses d'assurances sociales n'ont pas à accorder leur participation, en cas de blessure reçue, d'accident éprouvé, de maladie contractée ou de décès survenu par le fait ou à l'occasion du Service.

(*Lettre du 28 décembre* 1943. *Administration générale,* 1er *Bureau.*)

La médecine sociale à la Faculté de Montpellier

Faisant allusion à l'article paru dans nos colonnes à la date du 15 mars dernier, le Professeur Giraud, de Montpellier, nous rappelle que l'enseignement de la médecine sociale a été institué dans cette Faculté en 1923 et confié au Professeur Gaussel, alors président de la Confédération des Syndicats médicaux.

Depuis cette date, un enseignement semestriel de médecine sociale est donné aux étudiants de 5e année, comprenant l'étude des lois sociales en vigueur et la déontologie.

Bibliographie

Le problème de sulfocarbonisme dans l'industrie des fibres artificielles. (Editions E. I. T., 36, rue Ballu, Paris).

Ce travail, préfacé par le Docteur Gros, vice-régent de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, étudie précisément les problèmes humains posés par l'utilisation du sulfure de carbone dans l'industrie des fibres artificielles.

Après avoir précisé l'action toxique du sulfure de carbone, les auteurs, les Docteurs Auffret et Goulène, décrivent les divers aspects du sulfocarbonisme et tracent un vaste plan de défense : analyses toxicologiques de l'atmosphère des usines, prophylaxie médicale, problème social et juridique du sulfocarbonisme professionnel.

Il s'agit donc d'une véritable « somme » où le médecin du travail, l'industriel, l'étudiant trouveront tout ce qu'il est utile de savoir sur la question.

G. L.

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de Coordination des Collèges départementaux de la région parisienne

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE DU 1er FÉVRIER 1944 RELATIVE A L'APPLICATION DE LA LOI DU 21 DÉCEMBRE 1941 SUR L'ORGANISATION HOSPITALIERE.

Malades payants.

En attendant que paraisse la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialités, les établissements ont intérêt à utiliser celle qui est prévue pour les Assurances sociales (arrêté du 7 octobre 1938) en affectant les chiffres-clés 3,50 et 7 de coefficients supérieurs pour les malades des 1re et 2e catégories.

Il est bien entendu qu'en dehors des prix de journée et des honoraires médicaux prévus par cette nomenclature, il ne doit être absolument rien réclamé aux malades.

En effet, les médicaments et toutes les dépenses du service sont inclus dans le prix de journée.

Cliniques ouvertes.

Il convient de ne pas envisager actuellement l'installation de nouvelles cliniques ouvertes, Les dispositions qui ont trait à ces services spéciaux ont été adoptées surtout pour pouvoir conserver les cliniques existant déjà et qui ont rendu des services véritables. La loi ne prévoit d'ailleurs leur création que si tous les besoins des indigents et des trois catégories de payants ont été satisfaits : il est donc bien entendu que les Commissions administratives doivent, avant tout, faire porter leurs efforts sur l'organisation des services normaux de payants.

Les cliniques ouvertes doivent occuper dans les établissements des locaux séparés, afin de permettre une gestion distincte et de faciliter le compte financier de ces établissements.

Comme les malades des hôpitaux, ceux des cliniques ouvertes payent le prix de journée et les frais de chirurgie ; aucune perception accessoire ne peut être exigée.

Il faut insister sur le fait que la clientèle de ces cliniques ne saurait être recrutée parmi les assurés sociaux qui ne peuvent aller que dans les services de payants.

En principe tous les assurés sociaux et les victimes des accidents du travail doivent être soignés en 3e catégorie ; toutefois, si la Caisse a passé une convention avec l'établissement aux termes de laquelle ses malades doivent être soignés en 1re ou 2e catégorie, elle rembourse en tenant compte du tarif effectivement payé par les intéressés. Si le malade a désiré spontanément aller en 2e ou 1re catégorie en dehors de toute convention passée avec la Caisse, cette dernière n'aura à rembourser à l'établissement que le tarif en vigueur dans la 3e catégorie et la différence sera versée par le malade à la Caisse de l'hôpital.

J'insiste beaucoup sur ce fait à cause des nombreuses réclamations qui ont été maintes fois formulées par les Caisses d'assurances sociales.

Acquittement des frais.

Les Commissions administratives doivent installer dans un endroit très visible, dans la salle de réception, un avis indiquant que les malades et leur famille ont le droit et le devoir de consulter le tarif des prix de journée et des honoraires médicaux. Toutes dispositions doivent être prises pour les renseigner exactement sur les charges qu'ils auront à assumer.

Dans tous les établissements où l'entente directe existe encore, il doit y être mis fin immédiatement, conformément à l'article 32.

Le remboursement des frais doit être, autant que possible, exigé à la sortie du malade, sauf cas exceptionnels dont la Commission est juge.

Consultations externes.

Elles sont organisées par les Commissions administratives avec l'autorisation du préfet sur proposition ou avis du directeur régional.

Il y aura donc lieu de bien spécifier que le fonctionnement de ces consultations doit faire l'objet d'une comptabilité spéciale de façon à faciliter la discrimination entre la portion des honoraires qui doit être conservée par l'établissement pour couvrir ses frais et les sommes qui reviennent à l'ensemble des praticiens après déduction des frais de recouvrement.

La rémunération du personnel secondaire, et le cas échéant, du personnel administratif dans la mesure où il se consacre à la consultation externe, ainsi que des frais de matériel doivent être compris dans ces dépenses.

Ces précisions permettront à mon administration de prendre en toute connaissance de cause, l'arrêté prévu à l'article 134.

Provisoirement, il y a intérêt à ne pas ouvrir de nouvelles consultations jusqu'à ce que soit définitivement fixé le statut du personnel médical.

Pour éviter de concurrencer les cabinets médicaux, le règlement a stipulé que sauf pour les indigents et certaines catégories de malades classés dans les « économiquement faibles » les tarifs devraient être sensiblement les mêmes que ceux qui sont pratiqués au cabinet du médecin. Il faut que n'importe quel malade puisse bénéficier des installations et des médecins des hôpitaux, mais non au détriment des praticiens chaque fois qu'il s'agit d'un malade ayant les moyens de payer. Pour éviter les récriminations justifiées du Corps médical, il y aurait donc avantage à relever immédiatement le tarif des payants.

(*Communiqué*, 30 mars 1944)

Collège départemental de la Seine

Service médical de nuit.

La Préfecture de police nous fait connaître qu'en attendant l'organisation d'un concours pour le recrutement de médecins du Service médical de nuit relevant de cette Préfecture, elle envisage la désignation de dix médecins à *titre temporaire*.

Les médecins du Service médical de nuit, chargés des soins d'urgence, assurent une nuit de garde tous les cinq jours. Ils reçoivent une vacation de 230 francs par nuit de garde (cette somme sera portée prochainement à 300 francs). Une automobile est mise à leur disposition.

Les demandes doivent être adressées au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe), qui est chargé de donner son avis sur cette nomination temporaire.

Circulation durant les alertes.

En raison des difficultés que rencontrent les confrères dans leurs déplacements durant les alertes, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé de mettre à leur disposition un brassard, insigne qui leur supprimera les trop nombreux arrêts qu'ils doivent subir.

Le Service de la Défense passive a donné son accord. Ces brassards ne peuvent être remis qu'aux médecins en possession du laissez-passer d'alertes.

(*Communiqué*, 30 mars 1944).

Bibliographie

Éditions Marc Thérain
2, rue de Vanves, Paris (XIVe).

Charles Barzel. — **Mon mari Lapon.** *Roman des mœurs polaires.*

L'auteur (une parisienne), au retour d'un voyage au Maroc, va visiter par contraste, les régions polaires. Arrivée en Laponie, elle fait la connaissance d'un lapon, civilisé, qui a fait ses études à Londres, poète à ses heures, très sentimental, et très respectueux. Il en résulte une sorte de mariage blanc et éphémère qui facilite la description des merveilles de la Laponie, du soleil de minuit, des mystères de la forêt et du maquis lapons. L'auteur est initié aux mœurs des lapons dont elle aime la simplicité. Une ombre au tableau, c'est la malpropreté répugnante des indigènes qui éloigne d'eux physiquement, la délicate parisienne, en reconnaissant leur haute valeur morale.

J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pensionnés de guerre

Taux des vacations allouées aux médecins vérificateurs et examinateurs

Par arrêté interministériel du 21 mars 1944, le taux des vacations allouées aux médecins vérificateurs et examinateurs de la Commission consultative médicale est porté respectivement à 30 francs et 25 francs.

Par arrêté interministériel du 21 mars 1944, le taux des vacations allouées aux médecins vérificateurs et examinateurs de l'Administration centrale du secrétariat général des anciens combattants est porté respectivement à 30 francs et 25 francs.

Par arrêté interministériel du 21 mars 1944, le taux maximum de l'indemnité représentative de frais allouée aux médecins militaires retraités employés comme vacateurs à la Commission consultative médicale est porté à 3.000 francs ; le montant cumulé des vacations et de l'indemnité représentative de frais ne pourra excéder 4.000 francs.

(*J. O.*, 2 avril).

Profession de pédicure

Une loi du 20 *mars* 1944 *institue un certificat d'aptitude à la profession de pédicure et définit l'exercice illégal de cette profession.*

Dans l'impossibilité où nous sommes d'en publier le texte intégral, nous nous bornons à en extraire les articles qui intéressent particulièrement les médecins :

....

Art. 11. — Nul ne peut porter en France le titre de pédicure s'il n'est pourvu du certificat d'aptitude institué par la présente loi.

Art. 12. — En dehors des docteurs en médecine, seules les personnes munies dudit certificat auront qualité pour traiter directement les affections épidermiques et unguénales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion du sang.

Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques, et pratiquer sur ordonnance médicale, les traitements orthopédiques.

Art. 18. — L'exercice illégal de la profession de pédicure est puni d'une amende de 12.000 à 24.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 24.000 à 60.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Quiconque exerce la profession de pédicure sans avoir fait enregistrer son certificat d'aptitude dans les délais et les conditions prévus à l'article 13 sera puni d'une amende de 1.000 à 5.000 francs.

Le titre de pédicure médical ainsi que celui de podologiste sont réservés aux docteurs en médecine spécialisés dans le traitement des affections du pied.

L'usurpation de ces titres, ainsi que de celui de pédicure ou d'infirmier pédicure, est punie des peines prévues à l'article 258 du Code pénal.

Les groupements professionnels régulièrement constitués, ainsi que les Conseils des Collèges départementaux des médecins sont habilités à poursuivre les délinquants par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile, dans toute poursuite de ces délits, intentés par le ministère public.

....

(*J. O.*, 29 mars).

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES HEURES PRÉ-OPÉRATOIRES. RÉACTIONS NEURO-VÉGÉTATIVES ET PSYCHIQUES DU MALADE ET DU CHIRURGIEN

Par J. de Fourmestraux (de Chartres)

La Médecine contemporaine s'est souvent refusée depuis l'époque pastorienne à admettre l'action organique des émotions. (R. Leriche, Collège de France, 7 janvier 1944).

Les soins pré-opératoires jouent un rôle de premier plan dans la guérison du malade, qui a confié au chirurgien son proche destin.

Leur étude a suscité un nombre important de travaux d'amplitude variable et d'intérêt divers.

Il y a quelques années, lors de la discussion d'un rapport présenté par Lambret et Sauvé (1) devant le Congrès français de Chirurgie, elle fut surtout envisagée en fonction de la technique pure.

Le problème, depuis lors, fut généralement abordé sous le même angle.

Nous pensons toutefois que cette étude du stade anté-opératoire ne doit pas se limiter à la recherche des tests humoraux et à celle de la désinfection mécanique ou chimique de la peau.

Les facteurs de résistance au traumatisme conjonctif, viscéral et nerveux, ne sont pas chez notre opéré du lendemain, seulement d'ordre matériel et tangible, justifiables du laboratoire, rançon sévère de l'infirmité de notre esprit, mais aussi d'ordre neuro-végétatif et psychique.

Il y a soixante-quinze ans, Cl. Bernard (2) déclarait qu'il n'existait pas de ligne de démarcation absolue entre la physiologie et la psychologie. Il ne semble pas qu'il ait été depuis lors toujours suivi et compris. Aux heures ardentes du jardin d'Auteuil, Cabanis (3) n'avait pas été plus heureux. La séparation du corps et de l'esprit ne demeure qu'un souvenir métaphysique ; mais il faut bien convenir avec Vernes, que nous ne pouvons préciser par quel mécanisme un fait psychique peut résulter d'un fait nerveux.

Les limites du psychique, du fonctionnel et de l'organique sont fort difficiles à dissocier dans leur rythme complexe d'interdépendance.

Côté malade. — S'il est indispensable en fonction d'un diagnostic précis de connaître la personnalité sanguine, tissulaire et humorale de l'opéré, il ne saurait être indifférent d'entrevoir l'aspect de sa personnalité morale.

La vie s'écoule au rythme d'un juste équilibre physique et psychique qu'on ne saurait dissocier ; équilibre dont l'heureuse harmonie est, chez l'homme malade, profondément troublé. Hypervagotonie, hypovagotonie, termes exacts sans doute, mais dont l'ampleur sonore témoigne surtout de la supériorité verbale du clinicien sur ses contemporains.

Plus simplement, constatons que d'un malade à l'autre, ce déséquilibre végétatif, les réactions émotives sont fort différentes.

Le cavalier de Larrey, qui au soir de Bautzen, remontait à cheval, après une désarticulation de l'épaule, ignorait les subtilités de la psychanalyse...

Acculé à l'acte chirurgical, d'où dépend pour lui la vie ou la mort, et dont il connaît le terme proche, notre opéré n'est pas comme le blessé de guerre, de la route ou du rail, un individu intact moralement, qu'une agression extérieure et violente oblige à chercher son salut en une autre agression tissulaire, qui rétablira son équilibre normal ou atténuera les effets destructifs du traumatisme initial.

Bien longtemps avant l'aube des jours sans joie qui le rapprochent de la table d'opération, se sont chez lui, de façon latente, manifestées des atteintes discrètes. Le drame, en son stade aigu, n'évolue que depuis quelques jours, quelques semaines. Avant que le rideau ne se lève, un silencieux prologue s'est déroulé, qui, suivant la vivante image de R. Leriche, s'est joué dans le morne silence de nos tissus, toutes lumières éteintes et avant que les chandelles ne soient allumées.

Le déséquilibre fonctionnel est antérieur à la lésion organique, évoluée ou stabilisée, qui commande une intervention rapide.

Le système nerveux et endocrinien, les régulations hormonales, adrénalino-sympathiques, troublées en leur fonctionnement dysharmonique, déterminent un état d'instabilité physique et psychique qui ne saurait être dissocié.

L'évidence du diagnostic ne s'est pas imposée, comme la loi de Moïse, dans un éclair d'orage. Prenons un exemple concret. Voici un adulte présentant un ulcère gastrique. Depuis de longues semaines, il accuse des douleurs vagues, imprécises en leur siège, variables en leur intensité, tandis qu'elles procèdent par crises suivies de rémissions passagères. Elles s'accompagnent d'un état d'asthénie, d'amaigrissement que l'on met tout d'abord au compte débiteur de fatigues anormales ou de l'incertitude de l'heure. L'inquiétude grandit dans l'entourage du malade. Un examen médical est décidé, d'où ressort l'élaboration d'un régime sévère, accompagné de l'ingestion de poudres aux colorations diverses et au pouvoir varié. Sédation de courte durée. Le médecin de

(1) Lambret et Sauvé. — Compte rendu du Congrès de Chirurgie, p. 154, 1930.

(2) Cl. Bernard. — Discours de réception à l'Académie, 1868.

(3) Cabanis. — Influence du Moral sur le Physique. Firmin Didot, 1810.

famille, dont les conseils judicieux ont été à la vérité entrecoupés par des traitements nouveaux, indiqués par des amis inopportuns et complaisants, exige l'intervention d'un confrère spécialisé et du radiologue. Les événements se précipitent à une rapide cadence. L'avis est formel, il faut agir et agir vite. Parfois une hématémèse discrète a levé les derniers doutes.

L'heure opératoire est révolue, et seul le chirurgien saura demain, s'il doit pratiquer une résection ou réaliser une anastomose en bonne place.

Le malade, c'est son droit absolu, et un strict devoir médical, a été prévenu de la sévérité du verdict, encore que celui-ci ait été atténué dans la mesure du possible par l'espoir d'une complète guérison et l'apologie discrète de la chirurgie toute puissante.

Le choc est rude. Seuls, les ignorants, les simples, et ceux auxquels de vieilles et douces croyances donnent une force magnifique, sont les moins touchés.

La marche du temps est lente sur le lit hospitalier. Adieux, conseils aux êtres chers, ultimes volontés, derniers désirs, prosaïques soucis, lourds d'angoisse proche. Dans la nuit les heures s'écoulent en une lente cadence. Ceux-là, seuls, qui se sont couchés sur la table opératoire, savent le poids de l'insomnie, alors même que le divin opium a rendu plus sage leur douleur.

Contre cette anxiété, cet éréthisme psychique, aussi redoutable chez les fanfarons que chez les peureux, c'est un impérieux devoir d'agir, en attendant le précieux secours de l'anesthésie de base.

Dans les heures pré-opératoires, nous n'avons, disent Larget et Lamarre (1), pour traiter de tels malades, pour effacer la redoutable angoisse pré-opératoire, que notre bienveillante sollicitude, qui dicte les gestes qui apaisent. Nous pensons comme eux, que cela ne s'apprend pas sur les bancs de la Faculté.

Le rôle du chirurgien ne commence, ni ne finit au seuil de la salle d'opération.

Il convient sans doute de dissocier les réactions du malade isolé, et celle du malade d'hôpital. Souvent ce dernier est moins choqué à la veille d'une intervention que celui qu'un autre destin a permis d'être opéré à la Maison de Santé, dans des conditions de confort, sinon dans des conditions techniques meilleures.

Il ne faut pas croire, écrit Forgue (2) dans son beau testament scientifique, que la réunion de ces souffrances hospitalières, crée des conditions de découragement et de moindre résistance morale. J'ai été, dit-il, frappé de la profonde pensée de Shakespeare dans le Roi Lear. « Qui souffre seul, souffre surtout de l'idée que d'autres sont libres et dans la joie. Un gueux est coutumier des encombres et sait compatir par habitude des larmes. »

(1) Larget et Lamarre. — La maladie des opérés. Masson, 1943.

(2) Forgue. — Vie de Chirurgien. Philosophie de mon métier, Maloine, 1942.

De la salle commune hospitalière s'exhale quelque réconfort ; mais trop souvent de nombreuses et diverses misères y sont accumulées, et je persiste à croire que les gueux, qui pour nous doivent être de grands seigneurs, ont droit au repos et au calme, tout au moins à la période pré- et post-opératoire.

De Quervain qui isolait ses goitres, et il en avait opéré beaucoup, nous a, à diverses reprises, donné la leçon du silence, de l'isolement et de l'alitement.

Vie grégaire, contact avec les anciens opérés guéris et à l'aube de la douceur de vivre ; contact avec le milieu extérieur avant que la décision ultime ne soit prise ; mais calme, repos, opium, vie végétative et ralentie à la veille de l'intervention.

Au seuil de l'anesthésie. — Faut-il endormir son malade sur la table d'opération, alors que la morphine aura émoussé ses réflexes de défense, ou bien l'amener inerte et privé de toute conscience à l'heure où commence le stade anonyme et pragmatique de la médecine opératoire ? Ceci peut prêter à discussion. S'il paraît généralement admis que le malade doit être endormi en dehors de la présence du chirurgien par un anesthésiste qualifié, il n'est peut-être pas indifférent que l'opéré garde un dernier contact avec l'homme, en lequel il a mis toute sa confiance et placé ses ultimes espoirs.

J'ai gardé le souvenir de mon Maître Arrou, chirurgien de qualité et psychologue averti, qui avait conservé l'habitude de donner quelques gouttes de kélène lui-même au malade qu'il allait opérer, avant de le confier à l'anesthésiste. La pratique ne me paraît pas très recommandable, toute question d'asepsie mise à part, mais il est certain que ce geste était apprécié de l'opéré, fort touché de tels égards.

En son aimable Philosophie, Franc-Nohain déclarait un jour que faire le bonheur des hommes était une entreprise magnifique, mais que faire plaisir aux gens n'était déjà pas si mal.

Côté chirurgien. — Le malade vit les heures qui précèdent l'intervention, en une lente angoisse, souvent atténuée par la confiance qu'il a de guérir et la volonté de vivre. Il ne connaît pas, et ceci est fort heureux, les propres soucis de son chirurgien.

L'âge rend machinal tout métier. L'équilibre nerveux, que réalisent de longues années de pratique, ne saurait être comparé à celui de l'étudiant de la veille. Jules Cloquet, contemporain de Trousseau, et dont le ganglion classique a perpétué la mémoire, fut un écrivain disert. Après avoir déclaré un jour, que rien n'assouplissait mieux la région dorso-lombaire des candidats que la pratique des concours, il ajoutait que la chirurgie, comme l'art de plaire, ne devait s'exercer que pendant la jeunesse. La deuxième partie de cette proposition est sans doute exacte. Il est certain toutefois, qu'aux diverses étapes de notre carrière, les réactions émotives, sont de l'un à l'autre part très dissemblables.

Il est des hommes, je veux bien le croire, qui, nés sous un heureux destin, ont ignoré tout souci, pré- ou post-opératoire.

Indifférence, confiance absolue en eux-mêmes, ou simplement réactions cérébrales modestes du bon ouvrier ajusteur.

Je les ai enviés certains jours, sans jamais les admirer.

Il serait au surplus intéressant d'enregistrer avant et au cours d'une intervention, la tension artérielle des opérateurs impassibles, dont on se plaît à admirer le calme serein. De curieuses surprises seraient sans doute possibles.

Nombreux sont ceux d'entre nous, qui, à la veille de leur première hystérectomie, ou de leur première résection intestinale, ont vécu des heures pénibles. L'acte opératoire certes, avait été maintes fois répété sur le cadavre et nous avions été les aides attentifs de nos aînés, rompus aux disciplines strictes du métier.

Après l'intervention, le patron avait eu un mot aimable, les critiques des collègues discrètes. Il n'en est pas moins vrai, que nulle courbe thermique ne fut consultée, nul silence abdominal perçu avec plus d'attention que celui de notre premier opéré.

L'insomnie n'est pas toujours le facheux privilège du seul malade.

Bien longtemps, les meilleurs d'entre nous ont subi un choc émotif, qui, au cours de l'intervention, n'a pas rendu leur jugement moins sûr, ni leurs réflexes moins précis.

Je ne peux m'empêcher d'évoquer le souvenir de certaines séances opératoires sous le bombardement, où le chirurgien et ses aides faisaient preuve d'un tranquille courage, qui s'était révélé beaucoup moins apparent aux heures d'inaction. Ce fait apparaît comme une élégante confirmation de l'hypothèse de Cannon (d'Harvard). «Alors que l'organisme est menacé d'une rupture d'équilibre adrénalino-sympathique, par émotion, par fatigue excessive, cet équilibre se stabilise si un travail est effectué, acte dérivatif puissant, tandis que l'émotion se change en action. »

Il est des hommes qui n'ont jamais pu supporter l'anxiété pré-opératoire et ont abrité leur vie dans le silence du laboratoire, et les joies de la recherche pure. Ceci apparaît cependant comme l'exception.

Tel fut un émotif, un hypervagotonique, profondément troublé par la première intervention à laquelle il a assisté, qui est devenu un technicien de grande classe. Le self contrôle modèle la personnalité acquise.

N'est-il pas permis de penser qu'il existe pour de tels états un traitement prophylactique ? Nul plus que le chirurgien n'a besoin de vivre dans un état stable d'équilibre physique et moral.

Equilibre physique. — Il est inutile d'être un athlète complet.

L'heure de la chirurgie brutale et spectaculaire est révolue. Il n'en est pas moins vrai, qu'il n'est possible d'entreprendre une intervention longue et difficile, sans être dans un état physique convenable. La fatigue du chirurgien est redoutable pour l'opéré. Ceux qui ont vécu l'autre guerre, ont gardé le souvenir des bienfaits tangibles du travail en équipe, suivant le rythme des trois huit, en ses stades de labeur utile, de repos et de sommeil.

Equilibre psychique. — Je ne crois pas qu'il soit indispensable de penser à son seul métier et de vivre dans un ascétisme professionnel rigoureux. L'ébauchoir et le pinceau donnent quelques consolations. L'orchestre médical connut des heures fastes. Il est certains de nos contemporains, qui se sont adonnés à l'étude des pensées secrètes des poètes hermétiques, d'autres pour lesquels le sport élégant de la pêche à la mouche n'a plus de secrets. Cette dernière formule est sans doute préférable, elle a du moins l'avantage en son geste harmonieux, de maintenir une forme physique excellente et la précision des réflexes.

Il est utile d'avoir son violon d'Ingres, même s'il grince un peu, déclarait un jour Dartigues.

Si les dures nécessités de la vie le permettaient, il serait à souhaiter que le chirurgien ne connaisse pas les réalités sévères de la lutte pour l'existence, les *quotidiens soucis de la clientèle.* C'est sans doute pour cela que nous voyons tant de jeunes, souhaiter le régime du full-time, euphémisme aimable, pour désigner la fonctionnarisation intégrale sous le régime de l'ordre nouveau.

Nous persistons à croire en un esprit latin, que l'acte chirurgical individuel ne saurait s'accommoder de cet état, pas plus que du statut de la chirurgie anonyme et seulement opératoire, suivant les règles de la loi de Taylor et du travail à la chaîne.

Rien ne peut m'empêcher de songer que le malade que je vais opérer n'est qu'un pauvre homme comme moi.

Hand, Head and Heart-Main, tête et cœur. L'image est belle, et appartient je crois à Cushing.

Si nous demeurons émus devant la douleur, à l'heure opératoire, il sera toujours possible, en fonction d'une silencieuse harmonie neuro-végétative, de faire abstraction de cette émotion.

LA CURE ALCALINE DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Par J.-F. Porge
Ancien chef de Clinique à la Faculté

La remarquable constance du pH sanguin, non seulement dans les conditions physiologiques normales, mais aussi au cours de presque tous les états pathologiques, exige un ensemble de mécanismes régulateurs au nombre desquels le rein occupe une des premières places. Pour s'en convaincre, il suffirait de comparer le pH alcalin du sang de l'artère rénale, voisine de 7,35 et le pH de l'urine éminemment variable, mais le plus souvent fort acide, aux environs de 5,3.

Cette simple constatation permet de prévoir le rôle capital joué par le rein dans ce qu'il est convenu d'appeler l'équilibre acido-basique des humeurs. Les remarquables travaux de Rathery sur l'acidose rénale, les précisions apportées par Polonovski dans l'ammoniogénèse donnent à ces problèmes des arguments encore controversés. Mais il semble, en définitive, que le mécanisme intime de cette fonction antiacide du rein relève d'opérations physico-chimiques multiples, relativement indépendantes les unes des autres, réalisant autant de fonctions secondaires pouvant agir isolément, mais dont l'ensemble concourt au même but : le maintien de l'équilibre acido-basique humoral.

Dès lors, il est facile d'imaginer qu'une atteinte du rein, lésant ces fonctions à l'égal de beaucoup d'autres, entraîne des accidents d'acidose qui puissent retentir fâcheusement sur l'organisme tout entier.

En fait l'acidose est un témoin fréquent, sinon constant, de l'insuffisance rénale, qu'il s'agisse d'une défaillance fonctionnelle brutale au cours d'un accident aigu, ou d'une défaillance progressive survenant au terme d'une *sclérose rénale*.

Comment cette acidose se traduit-elle cliniquement ? Il semble à ce point de vue que beaucoup des accidents qui sont attribués à l'urémie relèvent en fait de l'acidose. Ainsi en serait-il, en particulier, des accidents nerveux : soubresauts convulsifs, myosis, somnolence, parésie des membres inférieurs. La dyspnée à type de Kusmaul est sans doute révélatrice de l'acidose, mais c'est une manifestation rare au cours de l'insuffisance rénale. Pratiquement, la chute de la réserve alcaline est le moyen le plus commode de déceler l'acidose. Encore faut-il savoir qu'il s'agit là encore d'un moyen infidèle ; il s'est trouvé des cas où la réserve alcaline était normale, bien que l'acidose ne fut pas douteuse.

Malgré tout, les variations de la réserve alcaline fournissent des renseignements intéressants, non point pour assurer un diagnostic qui, en principe, est déjà posé, mais pour fixer le pronostic.

Il n'existe pas de parallélisme étroit entre l'azotémie et l'état de la réserve alcaline, mais en général les fortes chutes de la réserve alcaline correspondent à des taux élevés de l'urée sanguine. L'augmentation de l'urée semble devancer les modifications de la réserve alcaline qui apparaissent plus tardivement. Ainsi la baisse progressive de la réserve alcaline, est-elle toujours de mauvais pronostic immédiat ; une chute au dessous de 20 est de très fâcheux augure.

Dans l'ensemble, on peut donc affirmer que l'acidose rénale et la chute de la réserve alcaline, qui la traduit habituellement sont presque toujours présents au cours de tous les syndromes d'insuffisance rénale. Dès lors, il devenait tentant d'essayer d'agir sur cette acidose par une thérapeutique alcalinisante, dans l'espoir de voir disparaître un certain nombre de troubles qui pourraient lui être imputés.

C'est sur le plan expérimental que cet effort a été tenté tout d'abord. Les premières expériences réalisées sur l'animal sont dues à Mac Nider en 1906. En 1933, Binet et ses élèves, au cours de recherches fort intéressantes, confirment leurs conclusions en les développant. Ils mettent en évidence chez le lapin et chez le chien l'importance et l'abaissement intense et précoce de la réserve alcaline au cours de la néphrite uranique, et l'influence très favorable d'injections répétées de sérum bicarbonaté sur l'état de ces animaux. Ils guérissent ainsi trois lapins traités sur quatre, alors que les animaux témoins traités par des solutions de ClNa isotonique ou hypertonique meurent tous.

Plus récemment, G. Dastugue et P. Dodel utilisant l'eau minérale bicarbonatée de certaines de nos stations thermales d'Auvergne, guérissent des animaux ayant reçu des doses considérables de nitrate d'urane s'élevant jusqu'à 4 milligr. par Kg.

Ces bases expérimentales donnaient dès lors un appui solide aux tentatives effectuées cliniquement chez l'homme. Le mérite en revient à Rossier et à Mercier, qui montrent l'influence favorable de la thérapeutique alcalinisante, tant sur la réserve alcaline que sur le pH.

Après eux, René Huguenin et ses collaborateurs étudient avec soin l'action du traitement bicarbonaté au cours d'insuffisances rénales aiguës par compression urétérale bilatérale.

Chez une malade en anurie depuis huit jours et qui présentait déjà les signes classiques de l'urémie, et un taux d'urée s'élevant à 3 gr., la thérapeutique bicarbonatée fut suivie d'une ascension brusque et très élevée de la réserve alcaline. Très vite disparurent alors les signes cliniques; le taux de l'urée ne s'accrut plus que très légèrement et la survie s'étendit un laps de temps inaccoutumé de vingt jours.

Depuis cette observation, beaucoup d'autres sont venues confirmer les heureux effets de la thérapeutique alcalinisante au cours des atteintes aiguës du rein. Le bicarbonate de soude peut être administré *per os* à la dose de 15 à 20 grammes. Mais s'il existe des troubles digestifs, des vomissements et de la diarrhée, il est préférable de recourir aux injections intraveineuses, à la fois plus sûres et plus rapidement efficaces. On utilise alors le sérum bicarbonaté à 10,7 pour 1.000 à la dose de 125 à 250 c. c.

Sous l'influence de cette médication, on assiste à une ascension presque immédiate de la réserve alcaline. Cette ascension paraît être un fait constant ; elle est souvent considérable ; elle n'est pourtant pas durable et, lorsqu'on supprime le bicarbonate, elle semble alors retomber progressivement à un taux normal.

Mais, parallèlement à l'ascension de la réserve alcaline, d'autres modifications humorales s'opèrent. La plus nette est un abaissement du chlore plasmatique et du rapport chlore. L'azotémie elle-même paraît influencée du même coup ; elle s'abaisse dans certains cas ou tout au moins cesse de progresser. Cliniquement, enfin, l'aspect du malade ne manque pas de surprendre,


LORAGA



à tout le moins on est frappé par une tolérance à l'azotémie, qui semble bien être l'un des effets les plus nets et les plus constants du traitement. D'autres fois, on assiste véritablement à une régression rapide des symptômes cliniques. Mais fait important, les modifications humorales précèdent toujours cette amélioration clinique.

Ainsi, dans les insuffisances rénales aiguës avec sidération globale de toutes les fonctions rénales, il semble que la cure alcaline permette de faciliter au malade le passage de cette période dangereuse, et de hâter une récupération fonctionnelle qu'autorise une intégrité relative du parenchyme rénal.

Est-ce dire que cette thérapeutique perde ses droits au cours des insuffisances rénales progressives et lentes du mal de Bright ? Nous ne le pensons pas. Depuis plusieurs années, nous nous appliquons à Saint-Nectaire dans la pratique de notre clientèle thermale, à prescrire à ces malades une véritable cure alcaline à laquelle contribuent, d'une part l'absorption importante d'eau minérale (les eaux bicarbonatées sodiques de notre station se prêtent tout naturellement à cette médication) ; d'autre part, un régime alcalin où la consommation des fruits joue le meilleur rôle. Nous pouvons affirmer maintenant les heureux effets de cette méthode.

Le rôle anti-acide des fruits est trop souvent méconnu. Les acides malique, citrique, tartrique, succinique et oxalique qui se trouvent dans les fruits se détruisent en brûlant dans l'organisme et laissent pour résidu des carbonates alcalins. Ainsi les malates, citrates et tartrates de potasse et de soude, sels organiques les plus répandus dans nos fruits, sont-ils en définitive des *alcalinisants*. Linossier a établi qu'un kilogramme de raisins introduit dans l'organisme autant de substances basiques que six grammes de bicarbonate de soude. Le raisin, riche en potasse, est, en outre, un diurétique excellent.

De même la fraise est riche en malate et en citrate de potasse, qui expliquent l'action alcalinisante énergique de ce fruit. Th. Bondouy a calculé qu'une livre de fraises correspond également à six grammes de bicarbonate de soude représentant environ la valeur alcaline d'une bouteille d'eau de Vichy.

Puisque nous insistons sur les avantages du régime fruitarien chez les insuffisants rénaux, qu'il nous soit permis de signaler que l'acide quinique, dont le rôle efficace dans la rétention azotée est bien établi, se trouve abondamment contenu dans la myrtille, qui prend ainsi une place de choix parmi les fruits dont l'usage peut être recommandé aux azotémiques.

Sans doute chez ces malades, la cure alcaline est-elle insuffisante à porter un remède à des lésions rénales indélébiles, mais dans la plupart des cas, elle nous a semblé relever l'état général, améliorer des symptômes pénibles, tels que les soubresauts convulsifs, les crampes, la somnolence, bref rendre la vie plus supportable et éloigner peut-être l'échéance malheureusement fatale de l'insuffisance rénale.

LES AFFECTIONS A VIRUS NEUROTROPE SONT-ELLES DES MALADIES « A TRÊVES ET A RÉVEILS ? »

Il m'est arrivé, à plusieurs reprises, de traiter des syndromes de cet ordre, encéphalites, névraxites, etc, que je pouvais croire guéris, et de constater, parfois à plusieurs années d'intervalle, des reprises de la maladie. Je me souviens en particulier d'une religieuse qui, après un premier épisode fébrile avec céphalée, troubles psychiques, etc., fit, les années suivantes, des rechutes fébriles à symptomatologie variée, dont l'une fut marquée d'hypersomnie pendant deux ou trois jours. J'ai fini par prendre le parti de faire à mes malades, pendant plusieurs années de suite, même en l'absence de tout symptôme anormal, un traitement d'entretien (salicylate de soude intraveineux, urotropine, etc.) et cette technique a mis fin, depuis trois ans au moins chez la religieuse, à tous les accidents

Ces jours derniers, j'ai été le témoin du fait suivant :

Une jeune fille de 19 ans, que j'avais soignée il y a dix ans environ pour une encéphalite, fait une chute de bicyclette dans des circonstances mal précisées, tombe sur la tête, perd connaissance quelques minutes, puis regagne son domicile à la campagne sans paraître trop affectée de l'événement. Quelques jours plus tard, on me fait demander. Elle est obnubilée, souffre de céphalée, présente quelques signes méningés et sa température dépasse 40 degrés. Je pense à une méningite aiguë traumatique et la fait transporter d'urgence à l'hôpital. Une ponction lombaire donne un liquide clair, transparent, avec lymphocytose légère, albumine normale et hyperglycorachie. Mort 48 heures plus tard.

Une question peut se poser : de telles rechutes sont-elles d'observation fréquente et quelle conduite adoptent, pour les éviter, les confrères qui ont eu l'occasion d'en rencontrer ?

Docteur R. Le Droumaguet
Médecin de l'hôpital de Nevers.

Livres récemment parus...

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e])

Mémento d'hygiène sportive, publié par la Commission médicale de la Fédération française de Basket-Ball, sous la direction du Docteur Charles Chuche. Préface du Docteur Pierre Le Gô. Un vol. 196 p. avec fig., 1944. Prix : 40 francs.

D[r] A. de Sambucy. — **Manuel de gymnastique corrective et de traitement respiratoire.** Avant-propos du D[r] A. Vernes. Préface du Docteur Thooris. Deuxième édition revue et augmentée, 1944. Un vol. 274 p. avec 200 dessins de l'auteur.

Les « Editions commerciales de France », S. A. 4 *bis*, rue Descombes, Paris (XVII[e])

Guide médical et pharmaceutique Rosenwald. 56[e] année, 1943-1944. Un vol. 1.304 pages.

Fichier Desfour,
17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Les Fiches de pratique médicale, Mise au point, janvier 1944.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'approvisionnement en lait de la région parisienne dans le cas d'un arrêt des moyens de transport normaux

(M. LEROY, au nom des Commissions du rationnement alimentaire et du lait ; 1-2-1944)

L'approvisionnement en lait de la région parisienne, dans le cas d'un arrêt des transports par voie ferrée, doit être assuré par le troupeau bovin qui se trouve dans un rayon de 90 kilomètres autour de la capitale. Ce troupeau compte actuellement 70.000 vaches, 5.500 de celles-ci appartenant à des nourrisseurs et 64.500 à des agriculteurs. La production journalière du troupeau envisagé est de 295.000 litres de lait, comprenant 40.000 litres pour les bovins des nourrisseurs de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.

L'approvisionnement régional en question jouerait un rôle essentiel dans le cas d'un arrêt des moyens de transport normaux. Il importe donc de lui donner un rendement maximum et M. Leroy, professeur à l'Institut National agronomique, expose un ensemble de mesures visant à ce résultat.

Action des oxydants et des réducteurs sur l'indice de nutrition des eaux minérales

(M. F. RIMATTÉI. — Présentation par M. VILLARET ; 18-1-1944)

Diabète et électro-choc

(MM. J. DE AJURIAGUERRA et D. COLOMB. — Présentation par M. J. LHERMITTE ; 18-1-1944)

Une femme de 46 ans, atteinte d'accès de psychose maniaco-dépressive, sans antécédent diabétique, est traitée par l'électro-choc. A la suite de la troisième séance, elle présente un diabète, caractérisé par une glycosurie importante, une glycémie élevée, avec asthénie, amaigrissement. La thérapeutique du diabète a amené une amélioration des phénomènes généraux, la glycosurie et l'hyperglycémie persistant néanmoins assez élevées.

Les auteurs rappellent les cas antérieurement publiés de diabète consécutif à des séances d'électrochoc ou de choc cardiazolique (cas de Harvier, Froment et Cenac ; cas de Coulonjou où il s'agissait de diabète insipide). Pathogéniquement, ces troubles constituent une variété de diabète traumatique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Résection des splanchniques droits pour syndrome douloureux abdominal aigu. Guérison depuis 22 mois

(MM. F. FRŒHLICH et P. BUCK. — Rapport de M. WILMOTH ; 3-11-1943)

Les auteurs ont eu à traiter un syndrome douloureux abdominal diffus, d'origine probablement colitique, ayant résisté aux thérapeutiques qui lui étaient opposées, et qui guérit à la suite d'une résection des splanchniques droits. La malade, une jeune fille de 21 ans, souffrait depuis six mois de douleurs lancinantes, partant de la région lombaire et irradiées vers les deux fosses iliaques. Les douleurs survenaient sans causes connues, duraient quelques heures, parfois quelques jours, et disparaissaient pour reparaître. L'état général déclinait de semaine en semaine. L'exploration de l'intestin, de la vésicule, des reins, ne révélait rien de particulier. Deux opérations (appendicectomie, ablation d'un ovaire scléro-kystique), un séjour en maison de santé étaient restés sans résultat. Les auteurs pratiquent alors une section des deux splanchniques droits, à la suite de laquelle les douleurs cessent et l'état général s'améliore. Guérison maintenue depuis 22 mois.

— M. LERICHE remarque que le traitement de la douleur abdominale par section des splanchniques ne saurait être entrepris qu'après une étude critique rigoureuse du diagnostic. Avant d'intervenir opératoirement, rechercher si l'anesthésie splanchnique ne soulage pas. Cette épreuve facile, répétée, peut éviter assez souvent une opération non nécessaire.

Sur le traitement des hernies étranglées

(M. SÉNÈQUE ; 3-11-1943)

M. Sénèque, avec MM. Roux et Rognon, a relevé dans son service de Bichat et à la Clinique de Vaugirard, du 25 décembre 1941 au 1er octobre 1943, cent cas d'étranglement herniaire, dont 85 hernies inguinales et crurales. Dans tous les cas où il n'y avait aucune lésion de gangrène, les opérés ont guéri, soit 68 cas. Sur 17 cas de gangrène, 13 guérisons et 4 morts. Ces chiffres montrent, une fois de plus, la grande importance de la précocité de l'intervention, et par conséquent du diagnostic, dans le traitement des hernies étranglées.

Le diagnostic de l'étranglement herniaire, inguinal et plus encore crural, présente souvent, certes, des difficultés. Tous les signes classiques peuvent faire défaut, la douleur au collet peut ne pas exister (chez les gens âgés et fatigués). C'est pourquoi, dans les cas où l'on peut penser à un étranglement herniaire, lorsqu'on trouve une tumeur irréductible dans une zone herniaire, il faut toujours intervenir précocement, même si l'on risque de tomber sur une simple adénopathie ou un étranglement épiploïque dont la cure n'aurait présenté rien d'urgent. Cela vaut mieux que de courir le risque de laisser évoluer vers la gangrène une affection pour laquelle la guérison doit être de règle quand les malades sont opérés à temps.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Un cas de diphtérie chez une enfant récemment vaccinée

(M. BRELET ; 2-7-1943)

La diphtérie fut contractée quatre mois environ après une vaccination, d'ailleurs mal supportée (malaises, température, selles liquides et glaireuses). La maladie fut bénigne. On sait d'ailleurs que 2 à 4 % des vaccinés ne sont pas immunisés, on ne sait pour quelles raisons. Peut-être serait-il bon, maintenant que la vaccination est obligatoire, d'en avertir les familles, afin qu'elles s'inquiètent néanmoins d'une angine, présentée éventuellement par un enfant vacciné, sans attendre deux ou trois jours pour faire venir un médecin.

Intoxication par le nitrite de soude

(H. JANET et J. FOUQUET ; 9-7-1943)

Dans le *Concours médical*, le Docteur Termier a signalé un des premiers cas de ce genre. Or, ces intoxications se multiplient en raison de la ressemblance du nitrite de soude avec le sel ordinaire. Elles se traduisent par un état vertigineux, des vomissements, de la pâleur des téguments et surtout de la cyanose des lèvres et des extrémités. Le poison

est très diffusible et les accidents rétrocèdent en quelques heures. Quand la mort survient, il peut être très difficile de caractériser le nitrite de soude dans les viscères, celui-ci étant détruit rapidement. Le toxique semble agir par production de méthémoglobine (cyanose), d'où la possibilité de mort par asphyxie, et la nécessité de l'oxygénothérapie, en plus du lavage d'estomac et des toni-cardiaques.

Agranulocytose mortelle après sulfamidothérapie pour méningite cérébro-spinale

(J. Milhit, J. Fouquet, Mlle Saulnier ; 9-7-1943)

Depuis 1938, une quarantaine de cas de méningites cérébrospinales ont été traités par les sulfamides, avec évolution favorable. Les accidents observés ne furent jamais graves, malgré une allure parfois alarmante. Seule fut observée une agranulocytose rapidement mortelle, accident bien connu, quoique rare.

C'était une enfant de 6 ans, particulièrement résistante aux sulfamides, chez laquelle le traitement avait dû être prolongé au delà des doses et des limites habituelles. La première conséquence fut une anémie toxique banale ; puis, quatre jours après l'arrêt du traitement, apparut l'agranulocytose mortelle. Ici, l'origine toxique des accidents était indiscutable, alors que la méningite était cliniquement et anatomiquement guérie. Il faut donc surveiller le sang des malades, non seulement pendant le traitement, mais encore dans les jours qui suivent. Cette observation montre aussi l'importance, pour le diagnostic, de l'apparition, d'une température inexpliquée, d'un érythème, d'un œdème du cou et de la face.

Pyléphlébites récidivantes ; manifestations précoces d'un syndrome de Banti ; splénectomie

(MM. Mondon, André, Reillard et Benelli ; 29-10-1943)

Chez un sujet jeune se produisent à trois reprises en trois ans des poussées de pyléphlébites de gravité croissante, avec périodes intercalaires de santé parfaite. Le diagnostic de pyléphlébite était facilité par un groupement rare de tous les symptômes : les hémorragies digestives, l'ascite abondante de production rapide, la circulation veineuse collatérale de la paroi abdominale et thoracique, la diarrhée, la fièvre, enfin la polynucléose sanguine. Il est intéressant de noter que cette pyléphlébite a été la manifestation initiale de la maladie, alors que la rate encore contractée n'était que modérément hypertrophiée, augmentant passagèrement de volume sous l'influence de la stase veineuse. La splénectomie, pratiquée après guérison clinique de la dernière poussée, montra une rate hypertrophiée, présentant des lésions de fibro-adénie, comparables à celles décrites dans le syndrome de Banti. Le malade a quitté l'hôpital en excellente santé.

Leptospirose à leptospira grippo-typhosa (complications oculaires)

(M. P. Benoist, Mme Erber-Kolo Chine et leurs collaborateurs ; 5-11-1943)

Il s'agissait d'une forme méningo-rénale, qui (premier cas signalé dans notre pays) s'est compliquée tardivement (après six mois de guérison) d'iridochoroïdite, qui dura elle-même cinq mois ; à noter l'identité d'évolution des lésions oculaires de la leptospirose à L. grippo-typhosa et de la spirochétose ictéro-hémorragique. L'intéressé s'était infecté, lors d'un bain d'étang ; la sérologie a permis de confirmer le diagnostic.

G. F.

La Presse

L'hystérotomie abdominale

G. Cotte et F. Pollosson pensent qu'on a vécu trop jusqu'ici avec la hantise du danger de l'ouverture de la cavité utérine. Lorsque le col est fermé et qu'il n'y a pas lésions de métrite cervicale ou de salpingite concomitante, on peut considérer celle-ci comme pratiquement aseptique. Les examens lipiodolés préalables sont recommandés, en quantité minime pour ne pas distendre la cavité utérine et masquer le polype, mais pour mieux souligner les limites du corps étranger intra-utérin. Si celui-ci est décelé par la radiographie, s'il s'agit d'une jeune femme, il ne faut pas se résoudre d'emblée à l'hystérectomie. L'hystérotomie permet de faire l'ablation de polypes intra-utérins, de polypes placentaires (suites d'avortements anciens et depuis lors cliniquement méconnus), d'abraser la muqueuse hyperplasiée, ou même simplement de pratiquer une exploration.

En règle générale, l'incision de l'utérus sur la ligne médiane comporte des suites opératoires simples. Durant deux ou trois jours, les malades perdent en rouge comme des règles abondantes ; la température s'élève entre 38° et 38°5 durant trois ou quatre jours ; avec les sulfamides, l'apyrexie est acquise vers le cinquième jour ; les malades se lèvent le douzième jour et quittent la clinique entre le quinzième et le vingtième jour. (*Rev. franç. de gynécologie*, octobre 1943).

Traitement des brûlures par le phosphore

Il résulte des travaux du Professeur W. Straub que le traitement spécifique des brûlures par le phosphore est constitué par le sulfate de cuivre. Celles-ci s'observent notamment au cours de certains raids d'aviation.

L'atteinte se produit sous une allure un peu terrifiante : jet de flamme brillante, odeur très irritante, brûlure intense ; mais bientôt tout se calme, car la brûlure par le phosphore est aussi dénommée « brûlure froide » ; le phosphore fond à 44° environ et commence à brûler vers 60° ; point particulier, il s'enflamme de lui-même, et ne se laisse pas éteindre par l'eau, qui éteint d'autres foyers. Il est à remarquer aussi que la seule complication de ces brûlures réside en ce fait que les particules de phosphore, qui ont tendance à rester adhérentes aux tissus ; il faut donc avec minutie les rechercher pour les enlever, sinon la cicatrisation se fera mal. Les premiers secours consisteront en des applications humides sur les points brûlés, tout en extirpant les particules de phosphore profondément enclavés. L'idéal sera de laver ensuite le plus tôt possible et d'irriguer la plaie avec une solution de sulfate de cuivre à 5 % ; celui-ci transformera les moindres débris de PH, en phosphure de cuivre noir, par conséquent facilement décelable. Cette application sera unique et définitive.

De son côté, le Docteur M. Dietlein conseille l'emploi d'un sel riche en bicarbonate de soude, qui neutralise l'oxyde de phosphore à l'état naissant ; on y adjoint du tannin, et comme la réaction doit se passer en milieu hydrophile, on mélange aussi de l'amidon, que l'on préserve de la putréfaction par un composé benzoïque (*Munch. Mediz. Wochens*, 31 décembre 1943).

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES ENSEIGNEMENTS D'UN SCANDALE

Tandis que les quotidiens détaillent toutes les turpitudes de l'affaire Petiot et s'y ébattent avec une complaisance assez porcine, on trouvera bon sans doute qu'un journal de médecins l'envisage sous un tout autre jour. Si ce singulier confrère a réellement commis les crimes dont on l'accuse, nous l'abandonnons à la vindicte publique sans scrupules et sans regret, sans autre regret du moins que de voir à son sujet la profession éclaboussée.

Il n'est pas douteux que le scandale rejaillit sur elle et que le public y trouve l'occasion de marquer une fois de plus le bizarre sentiment qu'il mûrit à notre endroit, composé paradoxal d'attirance et d'hostilité. Le cas du médecin fou et criminel le passionne, l'inquiète et, à la réflexion, l'irrite. « Aller sonner à la porte d'un médecin qu'on ne connaît pas, se dit-il, c'est, sur la foi de son titre, lui faire une avance de confiance. C'est l'introduire dans son intimité familiale, c'est remettre entre ses mains la santé ou la vie d'un être cher, c'est lui livrer des secrets particulièrement fermés. Il est légitime d'attendre de lui en échange la discrétion, la compétence, la stricte honnêteté, bref cet ensemble qui constitue le caractère conventionnel du médecin. »

« Or les clients de celui-ci sans défense parce qu'ils n'imaginaient pas avoir à se défendre d'un médecin, trouvaient dans son cabinet une mort ignominieuse. Ceux qui échappaient au sadique emportaient contre argent comptant une ordonnance de dément, reconnu comme tel par un expert psychiatre, et elle pouvait être aussi dangereuse qu'un mauvais coup. »

« Voilà, se dit le public, un risque contre lequel « il est impossible au profane de se prémunir. A qui incombe-t-il de prendre les mesures nécessaires » ?

Et de se tourner tantôt vers l'Etat, tantôt vers l'Ordre des médecins.

Nombreux sont ceux qui croient (les journaux l'ont répété ces temps-ci sur tous les tons) que l'organisation tutélaire de l'Ordre a qualité pour intervenir contre un Docteur Petiot et l'empêcher d'exercer. Et cette idée est même celle de nombreux médecins. Est-elle juste ?

Il faut serler les questions et les examiner séparément. Les Conseils de l'Ordre peuvent-ils interdire la profession à un condamné de droit commun ?

Les Conseils de l'Ordre peuvent-ils interdire la profession à un aliéné ou, du moins, puisqu'un aliéné réel serait interné et par conséquent n'exercerait plus la médecine, un médecin dont les agissements témoignent qu'il n'a plus sa raison entière ?

***

Après avoir longuement débattu la question et avoir confronté des points de vue assez différents, nous sommes d'avis, au *Concours*, que l'Ordre peut refuser d'inscrire à son tableau ou en éliminer un condamné de droit commun. La mission dont il fut investi par ses fondateurs s'exprime sans ambages dans les deux lois constitutives : veiller sur l'honneur de la profession. Ce souci se matérialise, au moment de l'inscription au tableau, par l'exigence d'un extrait du casier judiciaire. Si la production de cet extrait ne devait apporter aucun élément d'appréciation sur l'opportunité ou l'inopportunité d'accueillir le candidat, à quoi rimerait de l'exiger ? Une seule inscription au casier judiciaire ne suffit-elle pas à éliminer la candidature à certaines fonctions ou à certaines décorations. Il est apparent que l'extrait à fournir à l'Ordre est destiné à jouer le même rôle de filtre à l'entrée d'une profession que l'on a voulu doter d'un statut et d'une garantie spéciale.

Certains font remarquer qu'un principe juridique constant dispose qu'un seul délit ne peut être châtié deux fois et que, la peine inscrite au casier judiciaire ayant été purgée, ce serait la redoubler qu'interdire l'exercice de la médecine. D'autres objectent que, si une amnistie est intervenue et a effacé du casier une peine antérieurement encourue, l'Ordre ne saurait qu'entériner ce blanchiment gracieux et devra en conséquence inscrire au tableau un amnistié.

En réalité, le Conseil régional dispose d'un pouvoir très large pour apprécier la moralité du candidat si les faits reprochés sont patents et vérifiables. Sur ce point et sur ce point seul, il est maître de son tableau, sauf appel devant le Conseil National. La sanction qu'il prononce contre un médecin antérieurement condamné ne constitue pas, une répétition de peine ; il s'agit purement et simplement d'une élimination prononcée par un milieu professionnel fermé à qui la loi reconnaît le droit de sélectionner ses membres sur le plan de la moralité. L'amnistié peut produire un extrait de casier judiciaire vierge. Si la condamnation est venue par une voie quelconque à la connaissance du Conseil régional, celui-ci peut refuser l'inscription au tableau. Il serait souhaitable par ailleurs qu'une réforme de la loi du 5 août 1899 vienne donner à l'Ordre le droit de se faire communiquer, en vertu de l'article 4 de ladite loi, le bulletin n° 2 contenant relevé intégral des condamnations prononcées contre l'intéressé, ces condamnations fussent-elles amnistiées ou trop peu importantes pour figurer sur le bulletin n° 3 délivré à l'intéressé.

On entrevoit même qu'un Conseil régional puisse retenir, contre l'inscription au tableau, des faits n'ayant pas donné lieu à une comparution en justice, tels par exemple qu'une inconduite notoire. Toutefois, la plus grande prudence serait de mise en un tel cas, car les juges professionnels ne doivent pas donner prise au soupçon de partialité.

En tout état de cause, un casier judiciaire chargé doit provoquer le refus d'inscription ou de maintien au tableau.

***

Reste à examiner la question des troubles mentaux : elle est infiniment moins simple à résoudre.

Jusqu'à présent, elle se résout pour les Conseils de l'Ordre par une impuissance absolue, elle leur a déjà été posée au moins deux fois à notre connaissance.

Dans un cas, il s'agissait d'un paralytique général au début, — début prometteur — puisqu'il en était, au moment où l'affaire fut évoquée en Conseil, à uriner contre le mur dans la chambre d'un malade. S'étant entouré de différents avis juridiques, ce Conseil en fut réduit à se déclarer incompétent.

Dans l'autre cas, c'était un épileptique sujet à de grandes crises et dont les prescriptions trahissaient une indéniable confusion d'esprit. Les Caisses d'assurances sociales ayant porté plainte à propos de la rédaction de certaines ordonnances et feuilles de maladie, une sanction put être prononcée par le Conseil en vertu de l'article 8 du décret-loi du 28

octobre 1935. Elle consistait en une interdiction de soigner les assurés sociaux pendant un an. On sait qu'aux termes du décret-loi du 9 juin 1934 une telle interdiction s'étend automatiquement à toute la médecine sociale, A. M. G., pensionnés de guerre, A. S., etc...

C'était un biais pour limiter les dégâts, mais ce n'était que cela. Au reste de la clientèle aucune protection n'était offerte ; en outre, à l'expiration de sa peine, le médecin épileptique pouvait reprendre le cours de sa pratique fantaisiste.

La question demeure donc entière et l'émotion soulevée par l'affaire Petiot témoigne qu'elle ne peut être laissée sans solution.

Comme chaque fois qu'il s'agit de troubles mentaux, une grande circonspection est ici nécessaire Où finit la saine raison ? où commence le dérèglement ? Il s'agit d'estimer à quel moment l'état mental du sujet n'est plus compatible avec l'exercice de la médecine dans toutes les conditions de sécurité qu'est en droit d'exiger la collectivité. L'intérêt collectif est certes impérieux. Mais l'intérêt individuel ne l'est pas moins et il n'est pas permis de réduire étourdiment à néant, sur des présomptions ou des racontars, les moyens d'existence d'un homme.

Chacun de nous sait que, pour faire interner un dément, il doit établir d'abord scrupuleusement et noter ensuite dans son certificat que ce malade est dangereux pour les autres et pour lui-même.

Je crois que nous n'avons pas à chercher un autre critère pour faire décider qu'un médecin est inapte mentalement à exercer. Nul ne contestera que la profession du médecin lui confère sur ses semblables un pouvoir exceptionnel de bienfaisance ou de malfaisance. On cite un chirurgien des hôpitaux de Paris mort depuis longtemps, qui, dans les dernières années de sa carrière, incisait les phlegmons en tenant le bistouri du bout du manche et en se fendant, comme à un assaut d'escrime. Imagine-t-on sans frémir un tel être farfouillant dans un abdomen ? Quant au médecin qui, à longueur de journée, prescrit des toxiques, va-t-on compter seulement sur le pharmacien pour redresser ses erreurs, alors que le pharmacien peut fort bien croire que le sirop ordonné pour un nourrisson est destiné à un adulte ? Enfin n'oublions pas que le médecin, et notamment le radiothérapeute et le curiethérapeute, disposent actuellement d'agents thérapeutiques assez redoutables pour causer des catastrophes.

On explore fréquemment, et à juste raison, l'état physique et mental des mécaniciens de chemins de fer ou des wattmen. Il n'est pas exagéré de dire, je crois, que les médecins disposent autant que ceux-ci de la vie d'autrui. Je ne souhaite pas, loin de là, qu'on nous impose des examens périodiques de prévention : l'activité du médecin est sans cesse soumise de la part des clients, des pharmaciens, des administrations à une sorte de contrôle qui décèle vite les moindres fautes et peut jeter l'alarme en temps utile.

Mais en face de cas comme ceux que je citais plus haut et où, précisément, l'étrangeté des façons du médecin a été signalée, il apparaît légitime que la Société ne se trouve pas désarmée.

Un Conseil régional devant qui sont évoqués des faits de ce genre, ne devrait pas en être réduit à constater son impuissance. Il pourrait lui incomber de faire une enquête, de contrôler les dires des plaignants et, si sa conviction est faite, de notifier aux Pouvoirs publics, en l'espèce au préfet, qu'un de ses ressortissants ne paraît plus apte à exercer valablement la médecine sans compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Certes pour que le préfet pût prendre les mesures convenables, il faudrait qu'un texte spécial lui en reconnût les pouvoirs.

C'est dire que la question est vaste et que seuls les Pouvoirs publics peuvent l'envisager dans son ensemble.

Pour les médecins, constitués en ordre professionnel, il suffit de l'avoir posée et d'avoir montré pour le bien général, ce dont ils sont capables et ce qui dépend d'eux.

G. LAVALÉE.

DROIT PROFESSIONNEL

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

I. — Les chiropractors et la Cour de cassation

Pendant plusieurs années, la chronique de l'exercice illégal fut défrayée par les incartades des « chiropractors », ces individus que certains Instituts américains lâchaient un peu trop généreusement sur le marché mondial avec le titre de « Doctor of Chiropractic ».

Le Tribunal de district de Genève, le Tribunal civil de la Seine, la Cour d'Appel de Paris prononcèrent tour à tour de sévères condamnations. Mais jamais la Cour de cassation n'était encore intervenue. C'est chose faite depuis un arrêt du 4 août 1943, dont voici la substance : « *Est légalement justifié l'arrêt condamnant pour exercice illégal de la médecine le chiropractor qui pratique sur des patients un traitement ayant pour but l'ajustement des vertèbres cervicales* ». La Cour a relevé à l'encontre du chiropractor le fait qu'après avoir prescrit à des clients de faire exécuter une radiographie et avoir relevé sur celle-ci les déplacements des vertèbres cervicales, il vérifiait au moyen d'un appareil dit « neurocalomètre », le degré d'inflammation du système nerveux à l'endroit de ces déplacements ; qu'il procédait ensuite à des massages en vue de libérer les nerfs comprimés par les vertèbres et de remettre celles-ci en place ; enfin, qu'il renouvelait parfois ces massages pendant plusieurs mois, jusqu'à ce qu'il ait constaté au neurocalomètre, une diminution de l'intensité de l'inflammation.

Le chiropractor, somme toute, n'est pas article d'importation bien désirable en France.

II. — Il y a nuance entre pose de plaque et exercice de la médecine

La Cour d'appel de Paris, par un arrêt du 6 avril 1943, a décidé que « *si le maintien par un médecin, pendant la durée de son interdiction d'exercer sa profession, d'une plaque apposée à sa porte, indiquant ses nom, qualité et spécialité, constitue un appel à la clientèle pouvant faire présumer qu'il continue à exercer la médecine, cet te présomption est insuffisante à elle seule pour caractériser le délit d'exercice illégal de la médecine, en l'absence d'actes positifs révélant une pratique habituelle du traitement des maladies* ».

La Cour a notamment invoqué pour motif que les textes applicables en la matière (lois des 30 novembre 1892, art. 16 et 26 mai 1941, art. 6), étant des lois pénales, sont d'interprétation restrictive. Or le délit ne se présume pas, il se prouve. Au point de vue droit criminel, cette décision est d'une orthodoxie irréprochable.

Elle pourrait, au point de vue fiscal, être la source de déductions intéressantes pour le Corps médical... si le fisc n'avait en matière juridique des conceptions toutes personnelles, axées essentiellement vers le rendement maximum des impôts.

On sait que l'art. 257 du Code des Impôts directs impose à la patente « *toute personne qui exerce en France... une profession...* ». Il appartient donc au fisc d'établir à l'encontre du contribuable l'exercice effectif de cette profession. Or, pour certains jeunes médecins frais établis comme pour certains médecins âgés au déclin d'une carrière, il ne suffit pas d'invoquer l'existence d'une plaque à leur porte pour prétendre avoir prouvé « *les actes positifs relevant une pratique habituelle du traitement des maladies* ».

Nous souhaitons que le fisc veuille bien concevoir tout l'intérêt de la nuance que vient de souligner si heureusement la Cour d'appel de Paris. Le Conseil national de l'Ordre pourrait s'employer à la lui faire saisir. Il faudrait toutefois qu'au préalable, le Conseil revisât les conceptions léguées par son prédécesseur en cette matière : au contraire, de ce qui fut écrit en son temps, au sujet de la réforme de la patente, celle-ci n'est pas un « bénéfice » plus ou moins utilisable pour la défense de la profession contre les illégaux ; elle est, uniquement, une taxe bien lourde et bien impopulaire.

III. — L'exercice de la médecine par les étrangers

Avec le jugement du Tribunal correctionnel de Périgueux du 15 décembre 1943, nous abordons une question délicate.

On se souvient de ce que la loi du 16 août 1940 avait interdit sans discrimination l'exercice de la médecine en France à tout étranger qui n'avait pas scientifiquement honoré sa patrie d'adoption ou servi dans une unité combattante. Sur le principe qui avait inspiré cette disposition protectrice tous les bons esprits ne pouvaient que se déclarer d'accord. Mais sa rédaction sans nuances ne manqua pas de créer des situations dignes d'examen. Le Docteur Lavalée, dans une chronique du 11 mai 1941, n'hésitait pas à prendre position à ce sujet ; il signalait à l'attention des Pouvoirs publics, le cas spécial des étrangers proches de nous « par la race, la culture, le langage, la sensibilité ». Des Circulaires ministérielles vinrent reconnaître le bien fondé de ces observations en prévoyant des mesures de clémence pour ceux qui se seraient « profondément intégrés à la communauté française. »

Dans d'autres situations, l'intérêt national était en jeu : notamment dans celle du praticien dont le pays d'origine, sans être lié avec la France par des conventions diplomatiques, était en relations culturelles séculaires avec notre pays. En frappant aveuglément les ressortissants de ce pays, ne pouvait-on pas craindre que l'appel aux forces intellectuelles et morales françaises, si intense de la part de ce pays, ne fût freiné, au grand détriment de notre rayonnement mondial ?

Enfin, d'autres cas non seulement méritaient, mais exigeaient, du législateur une discrimination dans l'ostracisme : ceux des médecins couverts par des conventions diplomatiques. Pour ceux-là, il n'était plus question seulement d'élégance ou d'intérêt national bien compris, mais de droits dont la négation brutale et unilatérale n'aurait pas manqué de provoquer des mesures de rétorsion contre nos nationaux, dans le pays d'origine des étrangers frappés d'interdit.

Aussi la loi du 22 novembre 1941 fut-elle généralement bien accueillie, qui abrogea la loi du 16 août 1940. Son art. 5, rappelons-le, est libellé comme suit : « *Les médecins étrangers exerçant leur profession en France à la date du 19 août 1940 seront autorisés à continuer la pratique de leur art conformément aux conventions diplomatiques et dans les conditions prévues par les lois et règlements relatifs à l'exercice de cette profession. Cette disposition ne s'applique qu'aux médecins étrangers qui ont présenté une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940 avant le 7 juin 1941. L'autorisation leur sera accordée par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis de la Commission supérieure de Contrôle visée à l'art. 3 de la présente loi. Les étrangers non couverts par les dispositions conventionnelles pourront, à titre exceptionnel, obtenir l'autorisation précitée, dans les formes prévues à l'alinéa précédent.* »

Ce texte fait donc entre les étrangers non couverts par les conventions diplomatiques et ceux bénéficiant d'une convention de cette nature, une distinction essentielle. Les premiers « *pourront à titre exceptionnel obtenir l'autorisation de continuer la pratique de leur art* » : ils n'ont donc à invoquer aucun droit et le Ministre dispose d'un pouvoir discrétionnaire. Toute autre est la situation d'un praticien étranger couvert par un traité de réciprocité ; la loi stipule que l'autorisation d'exercer lui « *sera* » donnée, conformément à la loi, aux conventions diplomatiques et aux lois et règlements de la profession, après avis de la Commission supérieure de Contrôle. Tout pouvoir d'appréciation n'est donc pas exclu, notamment au point de vue professionnel et moral. (Sur ce point, la situation du praticien français et celle du praticien étranger sont donc identiques). Mais pour interdire à un praticien étranger couvert par une convention diplomatique de continuer l'exercice de sa profession en France, le Ministre de la Santé ne peut que se baser sur des motifs d'ordre moral ou professionnel.

C'est ce qui avait été perdu de vue dans l'affaire suivante dont la victime est un chirurgien-dentiste, mais qui intéresse les médecins, puisque les dispositions législatives sont communes sur ce point aux deux catégories de praticiens.

M. M..., chirurgien-dentiste, de nationalité espagnole, exerçait son art depuis 1931. En exécution de la loi du 16 août 1940, une autorisation provisoire de continuer son exercice lui fut délivrée. La loi du 22 novembre 1941 étant intervenue, M... fit le 3 avril 1942 une nouvelle demande d'autorisation. Le 9 novembre 1942, il fut provisoirement inscrit au Tableau de l'Ordre, mais, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé du 25 février 1943, l'exercice de sa profession lui fut interdit. Il continua néanmoins à exercer et c'est dans ces conditions, qu'il fut poursuivi devant le Tribunal correctionnel pour exercice illégal. M..., pour sa défense, soulevait l'illégalité de l'arrêté ministériel.

Plusieurs questions devaient être tranchées par le Tribunal.

1° *Avait-il compétence pour apprécier la légalité de l'arrêté d'interdiction ?*

Réponse affirmative, conforme à une jurisprudence constante.

2° *L'arrêté incriminé était-il ou non légal ?*

Le Tribunal pencha en faveur de l'illégalité pour la raison que M... pouvait se prévaloir d'une convention franco-espagnole du 7 janvier 1862. Il bénéficiait donc du droit que nous avons dégagé plus haut, et ne pouvait en être privé que pour des motifs susceptibles d'être retenus contre un praticien français : motifs d'ordre professionnel ou moral. Or, sur ces deux points, l'arrêté d'interdiction était muet.

M..., au contraire, produisait une lettre du Président du Conseil départemental de l'Ordre, aux termes de laquelle aucun reproche d'ordre *professionnel* ne pouvait être formulé contre lui.

Restait la question *moralité*. Les parties poursuivantes alléguaient des griefs d'ordre politique ou

privé (appartenance à une société secrète et séparation de corps prononcé aux torts de M...). Le Tribunal les a, à juste raison, écartés, en donnant du grief d'amoralité digne d'être pris en considération en semblable matière, l'intéressante définition que voici : « *Fait précis susceptible de faire éventuellement l'objet d'une sanction disciplinaire ou pénale* ».

L'arrêté d'interdiction fut donc déclaré illégal et M... déclaré non coupable.

Cette affaire ne se réduit pas, on le voit, à une banale poursuite d'exercice illégal. Elle permit d'abord de faire une intéressante application de la loi sur les médecins étrangers. Mais surtout, elle donna au Tribunal de Périgueux, l'occasion de mettre en lumière et d'aider partiellement à résoudre un *problème essentiel non seulement pour l'autorisation d'exercer des médecins étrangers, mais pour l'inscription au Tableau de tous les médecins : celui du criterium à retenir pour l'appréciation de la moralité du candidat à l'Ordre.*

Certes nous savions déjà, depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 19 février 1943 (1) que les Conseils de l'O[illegible]aient pas maîtres de leur Tableau, et que l'inscription au Tableau (comme l'autorisation d'exercice pour l'étranger couvert par convention diplomatique) constitue un droit pour tout candidat auquel rien ne peut être reproché sur le plan de la moralité. Mais ce terme « moralité » est bien vague. S'agit-il de moralité générale, de moralité professionnelle, ou des deux ? Le Conseil d'Etat a déjà donné un élément de réponse le 14 mai 1943 (arrêt G) (2) en édictant « *qu'au nombre* des conditions de moralité requises, doivent être rangées celles relatives à la moralité professionnelle ». Ce qui est reconnaître que la moralité nécessaire pour être inscrit à l'Ordre est une moralité plus vaste que celle étroitement professionnelle.

Il faut cependant aller plus loin, et poser la question précise : « L'inscription au Tableau pourrait-elle être refusée pour défaut de moralité privée ? »

Pour les médecins, cette question est neuve. Pour les avocats, elle l'est moins et le critérium qui a pu être dégagé est le suivant : « La sanction disciplinaire (et par conséquent le refus d'inscription, dit le Tribunal de Périgueux, est possible lorsqu'on ne peut distinguer l'homme de l'avocat ; lorsque, par exemple, l'honneur et la dignité sont compromis, *et que les fautes de la vie privée devenues publiques souillent le caractère de l'avocat.* (F. Payen : Les règles de la Profession d'avocat).

Dans le cas qui nous occupe, le Tribunal a déclaré que « *les griefs relatifs à la vie privée de M..., ayant motivé le prononcé de la séparation de corps à ses torts sont, en la matière, sans portée* ... Aucune explication de ce rejet ne nous est donnée. Nous serions, quant à nous, tentés de le considérer comme un refus de principe d'examiner toute question de moralité privée. D'autres, au contraire, ne voudront y voir qu'une décision dictée par des faits bien particuliers.

Gardons-nous, par conséquent d'en tirer des conclusions excessives, d'autant plus que la juridiction en question était une juridiction de première instance, et que le Tribunal compétent pour se prononcer en matière de contentieux d'inscription au Tableau est le Conseil d'Etat. Ne voyons donc dans le cas M... qu'une simple indication. Mais la question est posée, et bien posée. Elle est, en fait, extrêmement délicate, ainsi que le rappelle, d'autre part, le Docteur Lavalée. La parole est maintenant à l'Ordre d'abord, puis au Conseil d'Etat.

P. DOURIEZ.

(1) *Concours médical*, 11 mars 1943, p. 7. 27

(2) *Concours médical*, 21 septembre 1943, p. 264.

LIBRES OPINIONS

RÉMUNÉRATION DES CHIRURGIENS DANS LES HOPITAUX

J.-J. HERBERT (Aix-les-Bains)

La nouvelle loi sur les hôpitaux qui vient de paraître est la première qui s'occupe de la rémunération du personnel médical des hôpitaux. C'est un point qui intéresse surtout les chirurgiens et qui jusqu'à maintenant n'avait été soumis qu'au bon vouloir des Commissions administratives et à certaines Circulaires ministérielles.

Voyons d'abord quel est l'état actuel de la question et quelles sont les variétés des rémunérations des chirurgiens dans les hôpitaux (tout ce qui est dit ici s'applique aux petits hôpitaux de province à l'exclusion des villes de Facultés ou d'Ecoles).

D'une enquête faite dans ma région, il résulte, en ce qui concerne la rémunération des chirurgiens dans les hôpitaux, qu'on peut distinguer trois cas :

1° Dans certains endroits rares, il y a entente directe pour toutes les catégories de malades : les A.M.G., les vieillards des hospices, les malades de l'article 64 étant soignés gratuitement.

2° Dans d'autres endroits, plus fréquents, il y a entente directe seulement en chambre particulière (c'est-à-dire pratiquement pour les malades de la première catégorie de la nouvelle loi).

3° Dans d'autres hôpitaux, assez nombreux, et ce sont toujours dans des villes où il n'y a pas de maisons de santé privées, il n'y a aucune entente directe. Tous les malades sont classés et paient au *bureau de* l'hôpital, selon un tarif fixé d'avance, tarif qui, dans certains hôpitaux, a été fixé par la Commission administrative, *sans avis préalable du Corps médical.* Le chirurgien est alors réduit à un fonctionnaire qui touche un traitement par l'intermédiaire de la Recette municipale.

Dans les trois cas précédents, la Commission administrative fixe toujours une indemnité forfaitaire qui est considérée comme indemnité de déplacement dont le chiffre varie de 1.000 à 20.000 francs (Annecy).

Or, que dit la loi actuelle ?

Elle distingue trois catégories de malades dans les hôpitaux avec, en plus, les malades des fameuses cliniques annexes. Pour ces trois catégories, des tarifs sont fixés, imposés ; il n'y a aucune entente directe. La loi en outre, pour les A. M. G., les vieillards, les militaires, etc., fixe une indemnité forfaitaire. En somme, le chirurgien de l'hôpital devient un chirurgien fonctionnaire qui est rémunéré par l'intermédiaire de la Caisse de l'hôpital ou de la Recette municipale et qui ne peut en aucun cas, proportionner ses honoraires à la situation de fortune de ses malades. Pour fixer ses honoraires, on sait que le chirurgien doit encore tenir compte de l'importance du service rendu et dans une certaine mesure de sa notoriété.

Un des points importants de cette loi est l'absence totale de distinction entre les hôpitaux des grandes villes et les hôpitaux des petites villes. C'est un point sur lequel a insisté Beauchef dans son rapport sur les hôpitaux cantonaux (1). Il y a évidemment une différence considérable entre le chirurgien des villes de Facultés ou d'Ecoles qui a des assistants, des

(1) Hôpitaux cantonaux par le Docteur BEAUCHEF. *Concours médical* du 15 mars 1944.

internes, fait de là chirurgie en série, et ne vient dans son service que pour exécuter des interventions à froid et le chirurgien de la petite ville qui fait lui-même toute la chirurgie, aussi bien la chirurgie d'urgence, que la petite chirurgie. Dans le premier cas, ce que propose la loi actuelle n'est pas trop mauvais, puisque le chirurgien de grande ville opère ses malades dans sa clinique privée où l'entente directe est respectée. Dans le second cas, au contraire, qui s'applique à une grosse majorité des hôpitaux de province, ce système proposé par la loi est inadmissible. L'hôpital toutes classes, quand il n'y a aucune maison de santé, ne peut se comprendre qu'à condition qu'il y ait une entente directe pour tous.

Il est surprenant que cette monstruosité de la loi qui a voulu tout uniformiser n'ait pas été vue par le Conseil de l'Ordre. Il a fallu, en effet, attendre la promulgation de la loi, les réclamations multiples qui ont surgi de toutes parts, pour que le Conseil supérieur de l'Ordre se rende en fin compte que cette loi était difficilement acceptable.

Dans certains endroits où l'entente directe existait encore, le Directeur régional a interdit formellement celle-ci (région de Lyon par exemple).

La loi prescrit formellement des tarifs pour les trois catégories de malades et une indemnité forfaitaire pour les militaires, les malades de l'article 64, les vieillards, les infirmes et les incurables des hospices, mais elle est muette sur les malades de l'A. M. G. qui pourtant existent.

En somme pour la première fois, le Corps hospitalier sera rémunéré pour les soins qu'il aura donnés aux indigents et aux pauvres. La loi ne veut plus qu'en aucun cas le Corps hospitalier dispense ses soins gratuitement à une catégorie de malades et en revanche elle lui impose un statut qui le conduit directement au fonctionnariat. C'est un point qu'a méconnu totalement le Conseil supérieur de l'Ordre. Ce faisant, la loi cause un double préjudice aux médecins, préjudice moral et préjudice matériel :

a) *Préjudice moral.* — Les soins gratuits aux indigents ont toujours existé depuis la fondation des hôpitaux. Le praticien s'honore toujours de faire partie du Corps hospitalier bien que l'hôpital constitue souvent pour lui une charge bien plus qu'un rapport. Sans doute, la loi s'inspire-t-elle de l'idée de justice qui fait que tout travail mérite un salaire. Mais on parle toujours de justice et on veut supprimer la charité et la solidarité. L'observation journalière montre qu'il n'y a pas plus de justice qu'autrefois et que, par contre, les gestes de charité et de solidarité se font de plus en plus rares.

La profession médicale n'est sans doute pas un sacerdoce, mais c'est quelque chose de plus qu'un métier et c'est ce quelque chose que veut nous enlever la loi. Il est certain que la situation morale du chirurgien ou du médecin, pour qui l'exercice de son art ne sera plus jamais gratuit, ne grandira pas de ce fait, au contraire.

b) *Préjudice matériel.* — Le jour où les médecins ou chirurgiens du Corps hospitalier auront accepté une indemnité forfaitaire pour les indigents ou assimilés, à ce moment, ils auront le pied dans un engrenage d'où ils ne sortiront pas ; rien n'empêchera alors l'Administration d'augmenter le forfait en disant aux chirurgiens « j'augmente votre forfait, mais vous soignerez telle catégorie en plus » et ainsi de suite.

Ce qui pourrait à la grande rigueur être acceptable, ce serait une tarification à l'acte pour les indigents et assimilés. Mais il vaut mieux ne rien accepter. Si les chirurgiens refusent tout traitement et demandent à soigner gratuitement les indigents et assimilés, leur situation sera bien meilleure, bien plus solide à tous les points de vue ; il leur sera beaucoup plus facile de revendiquer l'entente directe pour les malades aisés.

Conclusion. — Et comme conclusion à ce court exposé, disons qu'il y a intérêt primordial pour le Corps hospitalier à refuser une indemnité pour les indigents, il y va des intérêts matériels et surtout moraux du Corps médical. Et je ne saurais mieux terminer qu'en citant cette phrase d'Armand :

« Les chirurgiens des hôpitaux de France doivent soigner gratuitement les indigents, les vieillards des hospices, les victimes de la guerre ; accepter pour les petits fonctionnaires, les ouvriers sans autres ressources que leur travail, les économiquement faibles, certains tarifs réduits ; mais il doit leur être laissé toute latitude pour la perception directe de leurs honoraires vis-à-vis des autres malades payants. »

Pour terminer, je rappellerai que mon enquête m'a encore permis de voir que, dans les villes où il n'y a pas de cliniques privées, l'intransigeance des Commissions administratives et des Directeurs régionaux est la plus grande. Cela se comprend et ceci permet de tirer la conclusion suivante : c'est qu'il faut créer partout des cliniques privées. Dans beaucoup d'endroits cela est possible, beaucoup de chirurgiens hésitent et reculent devant l'organisation d'une Maison de santé ; ils ont tort : créer une Maison de santé n'est pas un travail dépourvu d'intérêt, et c'est encore la meilleure façon de lutter et de pouvoir tenir tête à l'Administration hospitalière.

LES SPÉCIALISTES QUALIFIÉS

Mise au point

La question de la qualification n'est pas close et agite encore certains confrères. Un tel état de choses est regrettable, en effet :

1° L'ensemble des médecins veut pouvoir exercer honnêtement et sans tracasseries inutiles, sa profession, surtout dans les conditions difficiles actuelles ;

2° Les vrais spécialistes désirent avant tout que l'authenticité et la véracité de leurs titres ne soient pas perpétuellement révoquées en doute devant le public par des campagnes regrettables ;

3° Les malades veulent être soignés par le médecin de leur choix, dans lequel ils ont confiance et qui doit les diriger et les conseiller sur l'opportunité de l'appel au spécialiste.

Or, toutes les mesures prises jusqu'ici n'ont abouti qu'à agacer l'immense majorité des praticiens honnêtes sans éliminer une seule brebis galeuse.

Le fonctionnement actuel des spécialités se fait presque toujours par relation, le médecin de médecine générale connaît son correspondant et a confiance en lui, il est bien plus à même que le malade d'apprécier et de comparer les titres hospitaliers ainsi que les qualités morales et professionnelles du consultant qu'il appelle.

D'autre part, si l'on suit la suggestion du Docteur Bergouignan définira-t-on exactement les sous-spécialités : Tel chirurgien peut être un excellent gynécologue et avoir des résultats déplorables en chirurgie pulmonaire par exemple. Cela, le correspondant le sait, en tient compte et ce n'est pas le tampon appliqué sur un diplôme par une Commission d'examen qui y changera quelque chose. Il serait d'ailleurs assez curieux de voir certains vieux confrères exerçant depuis des années une spécialité à la satisfaction générale rayés de la liste des spécialistes pour défaut de compétence ou pour avoir échoué à un examen passé à la soixantaine.

Pour conclure, le seul effet de toutes ces polémiques et de toutes ces prétendues mesures d'assainissement est de jeter le discrédit sur le Corps médical tout entier sans porter la moindre atteinte aux brebis galeuses. Le public continuera comme par le passé à voir le rebouteux ou le guérisseur, diplômés ou non, tandis que certains esprits chagrins iront déclarant que ces tentatives d'épuration ne sont que des luttes sordides d'intérêt.

La seule mesure intéressante, mais déjà bien difficile à prendre, serait de protéger efficacement et énergiquement les titres hospitaliers, en tout cas le plus urgent est de laisser aux organismes médicaux compétents le soin de régler la question dans le silence et non pas *coram populo*.

Dr J.-F. Buvat (Paris).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

L'Assurance-maladie dans le département de la Seine. — La première spécialité médicale officiellement reconnue. — Médecine rurale et vaccinations. — Sur la déclaration des maladies vénériennes. — Une Caisse mutuelle médicale contre les risques de guerre est-elle souhaitable ? — Sus à l'impôt-métal.

Dans le cadre du régime de prévoyance soumis actuellement par le Conseil National à l'examen des Pouvoirs publics, le Conseil de la Seine se préoccupe activement d'apporter une solution au problème de l'assurance-maladie de ses ressortissants.

On sait, en effet, que le projet établi par le Conseil National confie aux Collèges départementaux le soin de couvrir ce risque et leur alloue à cette fin une certaine part des ressources communes.

Les médecins parisiens ont donc reçu récemment quelques papiers multicolores dont deux fiches ayant sans nul doute pour objet de satisfaire aux exigences des inéluctables statistiques.

Une Circulaire les accompagnait, dont on attendait évidemment quelques éclaircissements sur les modalités futures de cette souhaitable réalisation.

Il faut avouer que la lecture en fut plutôt décevante. En un style auquel les polices d'assurance ont depuis longtemps habitué leurs souscripteurs, il nous était donné d'apprendre dans tous ses détails ce contre quoi les médecins ne seraient pas couverts, et de quelles « franchises » seraient assorties les « exclusions ».

Aucune précision par contre sur le financement du projet, sur la nature de l'organisme assureur, sur son fonctionnement et la date de sa mise en œuvre (à part toutefois un avis final mais nettement sibyllin).

Ou plutôt si, deux indications nous étaient données, qui ne sont point pour nous rassurer. Le financement aurait pour base les recettes du timbre-certificat, et le côté technique de « l'affaire » serait confié à un assureur-conseil au nom et à l'adresse duquel la circulaire fait une propagande aussi gratuite qu'inattendue.

Il nous semble fort imprudent tout d'abord de donner à une œuvre de prévoyance et qui doit durer, une base aussi incertaine et temporaire que le timbre-certificat dont le rendement est évidemment lié à des circonstances que tout le monde s'accorde à souhaiter transitoires.

En second lieu, pourquoi charger les assureurs de la gestion d'un risque que la mutualité médicale

est particulièrement apte à couvrir, ainsi que la démonstration en est faite depuis près d'un demi-siècle ?

La rapidité est certes une qualité en matière administrative, mais il serait néfaste de la confondre avec l'improvisation.

***

L'épineuse question de l'homologation des spécialités entre dans la voie des réalisations.

Si c'est du pied gauche ou du droit ou seulement du bon, nul ne le sait encore. Mais on peut affirmer que ce pied sera du moins irréprochable en son galbe et, sans faiblesse, expurgé de tout oignon ou œil-de-perdrix déshonorant. L'honorable corporation des pédicures s'y consacre en effet tout entière.

Pour parler clair, voici l'histoire dans sa saveur première :

La loi n° 133 du 20 mars 1944 institue un certificat d'aptitude à la profession de pédicure et définit l'exercice illégal de cette profession. Par une faveur insigne est reconnue aux docteurs en médecine, de pair avec les pédicures, qualité pour traiter « directement les affections épidermiques et unguénales (*sic*) du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang ».

Estimons-nous heureux avec cette concession, car l'article 18 nous traite avec moins de libéralité.

« Le titre de pédicure médical, dit-il, ainsi que celui *de podologiste*, sont *réservés aux* docteurs en médecine spécialisés dans le traitement des affections du pied. »

« L'usurpation de ces titres, ainsi que de celui de pédicure ou d'infirmier pédicure, est punie des peines prévues à l'article 259 du Code pénal. »

« Les groupements professionnels régulièrement constitués, ainsi que les Conseils des Collèges départementaux des médecins sont habilités à poursuivre les délinquants, etc., etc. ».

Ce texte ne spécifiant pas à quels signes se reconnaîtront les docteurs en médecine spécialisés dans le traitement des maladies du pied, il paraît s'ensuivre que vous ou moi ou n'importe qui pourra si bon lui semble se parer du titre si farouchement défendu.

Il apparaît en outre que, au rebours de ce que pensait le vulgaire, ce n'est pas la chirurgie, ni l'électro-radiologie, ni l'obstétrique dont il importe de garantir au public un exercice correct. Le tour de ces sections secondaires de la médecine viendra peut-être un jour. Mais on a paré au plus pressé : l'homologation de la podologie est chose faite.

Tota mulier in utero, affirme un adage hippocratique. A quoi nous opposons, avec la loi n° 133 : *Totus homo in pede.*

Quelle revanche du facteur rural !

***

A propos de l'attribution des secteurs de vaccination qui se fait au début de chaque année, plusieurs praticiens ruraux se demandent (et nous demandent) si les Pouvoirs publics se rendent bien compte de ce qu'est à l'heure actuelle l'exercice de la médecine à la campagne.

Desservir une clientèle, pour peu qu'elle s'étende sur plusieurs dizaines de kilomètres, sans autre moyen de transport qu'une auto nourrie de 15 ou 20 litres d'essence par mois et une bicyclette, est, en toutes saisons, une tâche écrasante. Par mauvais temps, et l'hiver en particulier, c'est un martyre. Or les vaccinations antivariolique et antidiphtérique, avec les visites de contrôle qu'elles comportent, représentent pour certains secteurs étendus une sur-

charge notable de travail et de kilomètres à parcourir.

En temps de paix, c'était l'affaire de quelques tours de roues. Pour le médecin éreinté d'aujourd'hui ce sont de précieuses heures de repos en moins et d'interminables pédalages en plus.

Nos correspondants crient pitié et adjurent l'Etat d'assurer lui-même ses services préventifs...

Qu'en pensent les lecteurs ?

***

Ces lecteurs se souviennent-ils d'une affaire dont nous les avons entretenus le 1er novembre 1942 ?

Le Docteur K... avait été condamné par le Juge de paix du IXe arrondissement de Paris à 10.000 francs de dommages-intérêts pour avoir, en exécution de la Circulaire ministérielle du 14 janver 1941, dénoncé à l'autorité sanitaire comme contaminatrice, une demoiselle C... qui fut, après examen, reconnue saine. (L'incident s'est produit antérieurement à la promulgation de la loi du 31 décembre 1942 qui a rendu légalement obligatoire la déclaration des maladies vénériennes).

Sur appel, l'histoire vient de recevoir son épilogue sous la forme d'un jugement de la 19e Chambre du Tribunal civil de la Seine en date du 12 janvier 1944. La juridiction d'appel a infirmé la décision de première instance pour les motifs suivants : « Attendu, sans doute, que les dispositions de cette Circulaire n'ont pas le caractère impératif et la force obligatoire d'une loi ; que le Docteur K. aurait peut-être pu, sans manquer à sa mission sociale, tempérer son zèle par un peu de circonspection et attendre au besoin quelque peu dans l'espoir que la demoiselle C. reviendrait à la consultation ou justifierait d'un examen pratiqué ou de soins à elle donnés par un autre médecin ; mais attendu que cette attitude ne relevait en l'espèce que de sa conscience professionnelle, et qu'il était seul juge de la mesure dans laquelle il estimait devoir faire céder les principes traditionnels relatifs au secret médical devant les dispositions nouvelles concernant le rôle social du médecin ; attendu qu'en appliquant avec empressement les instructions contenues dans la Circulaire susvisée, le Docteur K... a adopté une attitude que le législateur a depuis lors, rendue obligatoire par la loi du 31 décembre 1942. »

Somme toute, le médecin a dû son salut à deux causes : 1° l'intervention efficace dans la procédure du Conseil du Collège départemental de l'Ordre ; 2° et surtout, la promulgation de la loi du 31 décembre 1942 qui est venue *a posteriori* approuver la conduite du médecin trop zélé.

La conclusion de l'aventure, qui n'a plus en elle-même qu'un intérêt rétrospectif ? Plus que jamais, que nos confrères restent sourds à la voix des sirènes... ministérielles et attendent prudemment pour y obtempérer que les Circulaires soient transformées en lois...

***

Une loi récente vient d'autoriser la constitution de Caisses mutuelles de garantie contre les risques de guerre en matière industrielle et commerciale. Un arrêté ministériel a donné agrément au fonctionnement d'une « *Caisse mutuelle de Sauvegarde industrielle et commerciale contre les risques de guerre* » qui délivre des contrats couvrant les immeubles et le matériel à usage industriel, commercial ou *artisanal.*

Un de nos correspondants demande l'extension de cette législation aux professions libérales, et notamment à la profession médicale.

« *Un médecin est victime d'un bombardement — dit-il. Sa maison est sinistrée à tant pour cent* ; son

appareillage, ses instruments, sa voiture, son mobilier professionnel, toutes choses éminemment fragiles sont détruites. Que touchera-t-il ? L'Etat lui donnera bien peu de choses, beaucoup moins qu'à un industriel ou un artisan qui remonte son entreprise (Cfr. « Concours médical », 11 *novembre* 1943, *page* 899). *Les organismes professionnels n'ont que des moyens restreints, et d'ailleurs il ne s'agit pas de demander la charité* ».

La suggestion de notre correspondant vaut d'être étudiée ; elle mériterait de retenir l'attention du Conseil National de l'Ordre.

La création d'une Caisse mutuelle spéciale à la profession médicale est impossible, les membres de cette profession étant trop peu nombreux. Mais on pourrait étudier soit la création d'une Caisse mutuelle groupant toutes les professions libérales, soit l'extension de la compétence de la « Caisse mutuelle de Sauvegarde industrielle, commerciale et artisanale » aux risques intéressant la profession médicale. Il faudrait pour cela une loi. Cette loi est-elle souhaitable ? C'est la question que nous posons à nos lecteurs. Les primes à verser seraient évidemment très lourdes, mais il y a là, objection de fait plutôt qu'objection de principe. Le débat est ouvert.

***

L'impôt-métal est en train de concentrer sur lui toute la rancœur dont les contribuables disposent à l'endroit du fisc.

De fort nombreux lecteurs nous font part de leurs doléances et nous prennent à témoins de l'arbitraire dont ils sont victimes. Ce sont les ruraux qui poussent les plus hauts cris, car le fisc leur demande d'exorbitantes quantités de ces métaux dits non-ferreux, comme s'il n'y avait dans la campagne française qu'à se baisser pour ramasser au choix du cuivre, du nickel ou du plomb !

Un lecteur de Bretagne nous fait savoir qu'il est taxé au poids inouï de 130 hectogrammes de cuivre. Dut-il démolir sa maison de fond en comble, il n'y trouverait pas la moitié ! Un citoyen d'une ville voisine dont le loyer matriciel correspond sensiblement à celui de notre confrère ne se voit réclamer que 24 hectogrammes.

De sorte que, au taux des pénalités dont le fisc a la gracieuseté de nous avertir, si le citadin fournit la moitié de sa prestation, il n'aura à verser que 720 francs en sus. Mais pour le même poids de cuivre fourni, le rural sera pénalisé de 10.620 francs !

Il est bon de se souvenir que l'on a trois mois pour s'acquitter. D'ici là, le fisc aura peut-être eu le temps de réviser ses conceptions sur la teneur des populations rurales en métaux non-ferreux.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

4635. — Pansements multiples ou non ?

J'ai un blessé du travail qui a eu quatre doigts de la main gauche écrasés, dois-je compter un seul pansement pour ces quatre doigts ou plusieurs pansements ?

Dr C.



Réponse

C'est une question de fait et de conscience. Pour ces quatre doigts écrasés à la même main, faites-vous, devez-vous, pouvez-vous même faire quatre pansements séparés ou un seul englobant cette vaste plaie de la main. Si non, je ne vois pas comment vous pourriez compter « pansements multiples », et je ne vois pas non plus comment vous pourriez matériellement faire, en ce cas, quatre pansements séparés les uns des autres, en dehors des compresses placées tout d'abord entre chaque doigt, à l'intérieur du pansement unique englobant le tout.

Dr F. DECOURT.

HOPITAUX

33. — Limite d'âge des médecins des hôpitaux

Je vous serais très obligé si vous pouviez me renseigner sur les points suivants :

1° L'article 142 du décret du 17 avril 1943 fixe la limite d'âge des médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux à l'âge de 65 ans.

Cette limite d'âge est-elle absolument impérative ?

2° Si cette limite d'âge est absolument impérative comment se fait-il que des spécialistes d'hôpitaux soient encore en exercice après avoir dépassé cette limite d'âge de 4 ans ?

Il est d'ailleurs à remarquer que le règlement de l'hôpital, fixe cette limite d'âge également à 65 ans.

3° Quel recours peut-on exercer pour faire cesser cette anomalie, étant donné que la Commission administrative des Hospices, le Conseil de l'Ordre, et le Directeur à la Santé, successivement prévenus, ont laissé les choses en l'état ?

4° Si l'âge limite a été dépassé indûment depuis quatre ans, quel recours peuvent avoir les candidats éventuels qui ont été lésés par ce maintien en activité ?

Dr B.

Réponse

La question que vous nous avez posée présentant un intérêt considérable, nous l'avons portée à la connaissance de notre avocat au Conseil d'Etat, Maître Bernard Auger, qui a bien voulu l'examiner et qui nous fait connaître son avis dans les termes suivants :

« La lettre que vous me soumettez pose une question que nous avons déjà rencontrée souvent, mais que nous n'avons pas eu, jusqu'ici l'occasion de résoudre de façon expresse. Saisissons donc cette occasion.

Le sens du mot limite d'âge est donné par l'art. 18 de la loi du 30 décembre 1903 aux termes duquel « la faculté que la loi du 9 juin 1855 et le décret du 9 novembre suivant confèrent aux ministres d'admettre les fonctionnaires civils à faire valoir leurs droits à la retraite, ne peut donner lieu à aucun règlement ayant pour objet de fixer « une limite d'âge au-delà de laquelle les titulaires de certains emplois ne peuvent être maintenus en fonctions ». La limite d'âge est donc l'âge au-delà duquel le fonctionnaire ne peut être maintenu en fonctions.

Or, l'article 142 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 dispose expressément : la limite d'âge est fixée à 65 ans pour, etc... D'où il suit que, parvenus à l'âge de 65 ans révolus, les agents visés doivent cesser leurs fonctions. C'est d'ailleurs ce qui est implicitement édicté par l'article 143 : Les chefs de service... peuvent, à la cessation de leurs fonctions recevoir..., etc.

Cette cessation a-t-elle lieu de plein droit, automatiquement ? Cela paraît résulter, aussi, des termes mêmes

du texte. Le contraire était admis pour les magistrats, mais il y avait un texte : l'article 3 du décret du 1er mars 1852 ; ce texte a été abrogé par la loi du 27 juillet 1916. Depuis ce texte, advenant l'âge fixé, les magistrats cessent de plein droit leurs fonctions. Ici, où il n'y a pas de texte, il doit en être de même.

Mais ! Il y a un mais. Différents textes prévoient le maintien en activité, pendant la durée de la guerre, des agents admis à la retraite. C'est le cas, notamment de l'article 14 de la loi du 11 juillet 1938 qui maintient ces agents pendant cinq ans à la disposition de leur administration, à la condition qu'ils conservent les aptitudes physiques et intellectuelles nécessaires. D'où il suit que, pour les médecins, etc... qui n'ont pas dépassé de plus de cinq ans la limite d'âge, on se trouve désarmé.

Pour les autres, leur place est vacante, et c'est à tort qu'ils continuent à l'occuper. La seule chose à faire, à mon sens, est de saisir du cas le Préfet, à qui appartient, vous le savez, la nomination des médecins d'hôpitaux, donc de déclarer leur poste vacant. S'il refuse d'agir, il faudra saisir le Conseil de Préfecture ».

QUESTIONS DIVERSES

6040. — Indemnisation des accidents ou blessures contractés en service par le personnel de la défense passive

J'ai une réquisition « en permanence pour le Service régional et départemental de la Défense passive », émanant du Préfet, Bureau de la Police, Défense passive, pour me rendre avec mon équipe chirurgicale, sur appel du Directeur régional à la Santé ou du médecin Inspecteur de la Santé, en tel ou tel point de la Région ou du département où il serait besoin.

A ce point de vue, je me crois couvert, (ainsi que mes ayants-droit je suppose) par l'art. 2 de la loi du 9 juin 1943 :

« Les requis de la Défense passive sont couverts « des accidents, blessures ou risques divers contrac- « tés en service dans les conditions fixées par les rè- « glements d'administration publique prévus par « l'art. 11 de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisa- « tion de la Nation pour le temps de guerre. »

J'ignore du reste la loi du 11 juillet et son règlement d'administration publique. Peu importe.

Mais, dans ma localité même ?

Il est bien évident qu'en cas de bombardement, je me rends automatiquement dans mon service de chirurgie de l'hôpital C'est ce que j'ai fait le 10 juin 1940 et, à nouveau, il y a deux mois.

Mais, de ce point de vue local, ai-je une garantie de l'ordre ci-dessus ?

Il est bien évident aussi que mon petit hôpital n'assure nullement ses médecins et chirurgien contre les risques professionnels.

En cas de ...pépin, ne pourrait « on » me dire (à moi ou à mes ayants droit) : « Vous avez été accidenté en faisant votre service normal de chirurgien de l'hôpital ; vous ne tombez pas sous le coup des lois des 11 juillet 1938 et 9 juin 1943 ».

J'ai une vague idée qu'il existe un vague texte interdisant aux médecins de quitter leur poste en temps de guerre ; mais ce texte ne comporte rien concernant couverture d'accidents dans le service de la Défense passive.

N'aurais-je pas intérêt à me faire délivrer d'avance (et de même mes aides) une réquisition en forme, *au titre Défense passive* ? Si oui, sous quelle forme la verriez-vous rédigée, et de qui devrait-elle émaner ? — Le Maire ?

Dr F.

Réponse

La loi du 9 juin 1943 à laquelle vous faites allusion dans votre lettre du 18 décembre a abrogé l'article 5 de la loi du 26 juillet 1941 sur les réparations aux victimes civiles de la guerre et décidé que les requis et engagés civils de la Défense passive seraient désormais couverts des accidents, blessures ou risques divers contractés en service, dans les conditions fixées par les règlements d'administration publique prévus par l'article 11 de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la Nation pour le temps de guerre.

Or, un décret du 30 janvier 1939, pris en application de l'article 11 de la loi du 11 juillet 1938 qui a fixé l'organisation générale du service de la Défense passive, a décidé par ses articles 21 et suivants, que les requis appartenant aux formations de la Défense passive qui seraient victimes d'accidents ou atteints de maladie en service, bénéficieraient de la pension militaire d'invalidité.

Donc, si vous veniez à être blessé au service de la Défense passive, vous seriez indemnisé au même titre que les soldats blessés en service.

Si, d'autre part, en dehors de votre service à la Défense passive, vous veniez à être victime d'une blessure par suite d'un événement de guerre, vous bénéficieriez des dispositions de la loi du 26 juillet 1941 sur les réparations aux victimes civiles de la guerre qui assurent précisément à ces victimes, les mêmes indemnisations que celles accordées aux soldats blesssé.

Par conséquent, que ce soit au titre de la Défense passive ou au titre des réparations aux victimes civiles de la guerre, si vous êtes victime de bombardements, vous-même ou vos ayants-droit, bénéficierez de la législation sur les pensions militaires.

Demandes et Offres

Nº 94. — On dem. une économe surveill. de 35 à 45 ans pour clin. ville de l'Ouest. Sér. référ. Ecr. journ. qui transm.

Nº 95. — Prie instamm. confr. plus spécial. de rég. sinistr., me communiquer adress. d'orphel. de 1 à 12 mois en vue adopt. Ecr. journ. qui transm.

Nº 96. — A v. motobécane 3 cv, mot. Jap, remise à nf. Ecr. ou télép. La Berre, 8, à Epinay-sur-Orge (S.-et-O.)

Nº 97. — Méd. désire trouv. Méthode de lecture sur les lèvres de de Parrel.

Nº 98. — Méd. camp. cherche médec. cath. prat. pour assoc. en vue succ.

Nº 99. — A v. Matér. chir. neuf. S'adr. M. Péchin, 11, rue de la Louptière à Sens (Yonne).

Nº 100. — J. médec. cherche client. anc. à céd. dans chef-lieu de cant. rég. Ouest. Ecr. journ. qui transm.

Nº 101. — Cherche tt matér. chirurg. nf ou d'occas. pour mais. de santé 14 lits : stérilisateur, salle d'opérat., literie, couvertures, etc. Ecr. Dr Galland, 27, Boulev. Diderot, Paris 12e.

Nº 102. — Céder. poste pro-pharmac. Midi, suscept. d'extension. Ecrire journ. qui transm.

Nº 103. — 2 beaux postes sont vacants dans la Marne, l'un à Pontfaverger, l'autre à Damery. Ecr. pour le premier au Maire de Pontfaverger et pour le second au Dr Baye à Damery.

Nº 104. — Labor. bien outill. dispos. vastes locaux rech. Travaux de conditionn. pour spécial. pharm. parf. et prod. d'entr. Prends égalem. licences ttes spécial. pharmac. Peut assur. gr. ventes par réseau de représent. ds tte la France. Ecr. 1re lettre avec référ. R. U. à Contesse-Publicité, 8, square Dordogne, Paris 17e qui transm.

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-2
Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Nº au C. O. L. : 31.0044



SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE N°s 20 et 21 LUNDI 15 MAI 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

379 à 381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Le N° 5 frs

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. HURIEZ agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Bertin, retraité.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de l'internat.* — Sont nommés à la suite du dernier concours :

Internes : MM. Cl. Houdard, Fr. Contamin, R. Chevillotte, R. Tournour, Cl. Frileux, L. Guéraud, P. Tournebœuf, P. Sarrazin, H. Robert, D. Hans, G. Ferry, H. Boissière, G. Fourdinier, J. Lamy-Robert, L. Satge, G. Mazars, M. Léger, G. Rousseau, P. Pichot, Mlle Chr. Garnier, MM. Ph. Monod-Broca, B. Pertuiset, J. Faurel, G. Viollet, Alb. Gauchy, J. Bonnette, J. Combet, D. Chardin, Mme M. Guinard, née Bourgeois, MM. P. Burgot, D. Christol, H. Prévost, L. Michon, M. Fournier, Y. Suquet, J. Bruezière, O. Gaulard, Ch. Perraudin, J. Le Bourg, M. Houssay, J. Lafourcade, J. Poulet, Alf. Forgeois, R. Weber, R. Périer, J. Nebout, J. Mouret, Fl. Delbarre, G. Decroix, M. Merlier, A. Sainrapt, Fr. Darnis, J. Delater, J. Canivet, J. Galey, Fr. Dessertenne, Cl. Pellot, A. Piérart, Mlle H. Aïtoff, MM. J. Robin, R. Aurousseau, R. Pichon, M. Rathery, R. Maigne, M. Mouzon, Chr. Sors, P. Guinard, R. Bailly, Y. Bourdy, M. Sibertin-Blanc, J. Guillemart, Fr. Lhermitte, J. Millot, X. Maurin, M. Alison, P. Bénézech, H. Richard, J. Chevrolle, Alb. Cœuilliez, J. Hartmann, P. Delagarde, R. Tola, L. Hartmann, J. Roujeau, L. Arnaud, Mme Pillet, née Savaton, MM. J. Lallemand, M. Poirier, A. Leddet, J. Carraud, S. Tchekhoff, J. Reymond, J. Gross, H. Muler, R. Spriet, R. Hourtoulle, J. Jacquemin, G. Kbrat.

Externes en premier : MM. H. Meker, Cl. Faure, R. Flurin, J. Lamy-Robert, D. Œconomos, J. Bouffard, G. Cerbonnet, P. Larget, J. Dubray-Vautrin, J. Dubrisay, H. Adam, R. Legrand, J. Pillois, Ed. Coffin, Cl. Lapresle, P. Berthaux, M. Tiret, F. de Fonton d'Amecourt, L. Zadikian, R. Duval, M. Dumas, G. Chapuis, M. Bleibtreu, J. Meininger, L. Mariette, H. Wissa-Wassef, J. Gougeon, J. Crosnier, B. Woimant, H. Cresson, R. Legendre, P. Rongier, P. de Person, R. Chevret, H. Lenormand, R. Meary, M. Bourel, Cl. Coulnaud, J. Raynaud, J. Amendruz, P. Desvignes, Y. Lallemant, A. Cambessédès, Mlle M. Larmoyer, MM. J. Martin, P. Renault, P. Bour, P. Vaujour, L. Lemierre, M. Lemaire, H. Solignac, Y. Pilven, J. Daffos, M. Nicol, G. Lacronique, P. Hatt, J. Trelat, J. Duhamel, H. Dessus, J. Pinel, J. Laham, Et. Bernier.

Assistance publique à Paris. *Médecins de l'Assistance à domicile.* — Un concours pour dix places de médecin de l'Assistance à domicile, à Paris, s'ouvrira le 14 juin 1944. Inscriptions du 16 au 26 mai, 3, avenue Victoria.

— **Ecole du Service de Santé.** — Les épreuves écrites pour le concours d'admission à l'Ecole de Service du santé auront lieu les 13 et 14 juin (60 places pour la section de médecine). Inscriptions jusqu'au 31 mai au secrétariat d'Etat à la défense, à Royat.

— **Laboratoire Nativelle.** — Pour mettre au point certains communiqués tendancieux susceptibles de tromper les médecins comme d'inquiéter les malades, et pour répondre au désir des autorités médicales, le Laboratoire Nativelle a le devoir de préciser que l'Ouabaïne Arnaud injectable *ne manquera pas.*

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. **120** fr. | Étudiants..... **80** fr.

— **Documentation.** — M. A. Daniel, hygiéniste, Boite Post. 150. Poste Centrale, à Clermont-Ferrand, serait reconnaissant à toute personne qui lui adresserait des documents sur le saturnisme et la saturnothérapie du cancer, soit dans l'antiquité, soit dans la période contemporaine.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Michèle MADILHAC, fille du Docteur Pierre Madilhac, d'Orléans; d'Elisabeth TOP, deuxième fille du Docteur Gaston Top, de Loon-Plage (Nord); de Liliane GUILHENDOU, fille du Docteur Pierre Guilhendou, de Mézin (Lot-et-Garonne); de Marie-Cécile MAHIEU, quatrième enfant du Docteur Mahieu, de Verneuil-sur-Avre (Eure); d'Anne RABOURDIN, fille du Docteur Rabourdin, de Gisors (Eure); d'Hervé TISSOT, troisième enfant du Docteur Jacques Tissot, de Brive (Corrèze); de Marie-Françoise DURIN, fille du Docteur Jean Durin, de Compiègne; d'Henri LECOANET, fils du Docteur André Lecoanet, de Saint-Dié; de Jean-Marie BADINIER, cinquième enfant du Docteur Badinier, de Châteaurenard (Loiret); de Marie-Nicole CORTEEL, deuxième enfant du Docteur Paul Corteel, de Paris; de François CHAPRON, second fils du Docteur Marcius Chapron, de Trévières (Calvados); de Patrick LOISEAU, deuxième fils du Docteur Loiseau, d'Artannes (I.-et-L.); de Jacques LABIGNETTE, fils du Docteur Pierre Labignette, chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Bretonneau; de Pascal GÉNY, quatorzième petit-enfant du Professeur Maurice Perrin, de Nancy.

— **Mariages.** — Le Docteur J.-B. Buvat, le Docteur Georges Villey Desmeserets, font part du mariage de Mademoiselle Odile VILLEY DESMESERETS, externe des hôpitaux de Paris, leur petite-fille et fille, avec Monsieur Jean FOURMENT, externe des hôpitaux de Paris.

— Le Docteur Jean Colard, d'Ornans (Doubs), fait part du mariage de Mademoiselle COLARD, sa fille, avec Monsieur Emile DUPIN, conseiller référendaire à la Cour des Comptes.

— On annonce le mariage du Docteur James CARROIS avec Mademoiselle Huguette LEFLON; du Docteur Max FILLIPI, de Lille, avec Mademoiselle Sabine WICART.

— **Nécrologie** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri HERRENSCHMIDT, ancien interne des hôpitaux de Paris; du Docteur Etienne BESSON, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Joseph, médecin honoraire de l'Assistance publique de Paris; du Docteur Ch. FARÉ, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours.

Fédération des Associations médicales de médecins du Front

Section des Médecins de l'Avant 1939-1940

Ainsi qu'un appel paru dans les journaux médicaux en février 1941 l'avait fait connaître, sous l'égide des Associations amicales de Médecins qui groupent toutes les Associations de Médecins anciens combattants, a été constituée la Section des Médecins de l'Avant 1939-1940.

Le but de cette Amicale est de grouper tous les médecins des corps combattants, les médecins des formations sanitaires et les médecins prisonniers de guerre qui, à tous les échelons, ont fait leur devoir.

En effet, si après la guerre de 1914-1918 on a pu attribuer la qualité de combattant selon des règles précises, l'aspect et l'allure générale de celle de 1939-1940 a complètement bouleversé ce qui avait été admis; aussi importait-il de ne pas faire de différence. Une seule Amicale devait donc trouver réunis tous les médecins qui ont rempli leur mission aux postes qui leur avaient été assignés. Cependant, pour faciliter le regroupement, trois branches ont été constituées : médecins des corps combattants, médecins des formations sanitaires, médecins prisonniers de guerre.

Dans chacune des deux premières branches envisagées, des délégués ont été appelés à participer à la direction du groupement.



Quant à la Section des prisonniers de guerre qui n'avait jusqu'ici pu être constituée avant le retour de nos camarades retenus en captivité, elle est maintenant en voie de formation.

La Section des médecins de l'Avant 39-40 qui sera le seul groupement autorisé par la Fédération des Associations Amicales de médecins du Front serait donc particulièrement reconnaissante à nos camarades médecins récemment libérés de se faire connaître et d'adresser leurs demandes d'adhésion au Docteur Jacques GRASSET, 5, boulevard Montparnasse, Paris VIe.

L'offre d'une femme de médecin

Nous avons reçu d'un département du Sud-Ouest la lettre ci-dessous.

Elle nous a paru si simplement belle que nous la publions intégralement, en souhaitant qu'elle apporte à quelque confrère anxieux l'assurance que ses enfants seront à l'abri et parmi de grands cœurs :

Monsieur le Directeur,

Dans les villes où les familles médicales, comme les autres, doivent mettre leurs enfants à l'abri, les mamans les suivent généralement pour vivre, avec eux, dans des lieux sûrs. Mais, j'ai pensé aux *médecins veufs*, qui n'ont pas de famille susceptible de leur prendre les enfants; Ils auraient, peut-être, plus de tranquillité de les savoir chez un confrère. Dans le cas où vous auriez des demandes de ce genre, je m'inscris pour m'occuper, durant les *mois inquiétants* que nous allons vivre, de ces enfants, de préférence des fillettes. Je ne tiens pas à ce que vous fassiez de la publicité à mon nom pour cette offre d'accueil.

Mettez-moi simplement en rapport avec des confrères dans l'embarras.

Recevez......

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de Coordination des Collèges départementaux de la région parisienne

Consultations prénatales

Dans sa séance du 15 janvier 1944, le Comité de coordination, constatant le manque de liaison existant alors entre les diverses Administrations réglementant le régime des consultations prénatales, avait émis le vœu qu'un accord intervienne entre l'Ordre des médecins d'une part, le service du Ravitaillement, de la Santé publique et du Travail (Assurances sociales) d'autre part, pour qu'une ligne de conduite précise soit adoptée et recommandée tant aux médecins qu'aux fonctionnaires des diverses Administrations en cause.

Le Comité de Coordination avait alors demandé au Conseil National de l'Ordre de vouloir bien faire le nécessaire pour qu'il soit mis fin à l'actuelle situation, incommode à la fois pour les médecins et pour les futures mamans.

En attendant que le Conseil National de l'Ordre ait fait connaître son point de vue, ce qui, nous l'espérons, ne saurait tarder, le Comité de Coordination recommande aux médecins de la Région parisienne de délivrer le plus précocement possible aux femmes présumées enceintes le certificat de grossesse prévu par les règlements du Service du Ravitaillement et qui permet aux impétrantes d'obtenir la Carte de grossesse.

Il leur recommande également de pratiquer eux-mêmes ou de faire pratiquer les examens prévus par la loi du 16 décembre 1942, c'est-à-dire : examen général complet, radioscopie pulmonaire et réaction de Bordet-Wasserman.



Pour les femmes de situation modeste et ne pouvant supporter les frais de ces examens, il peut être fait appel pour les radioscopies aux dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale, pour les séro-réactions à l'Institut Fournier. De toute façon, il importe que ces examens soient pratiqués le plus précocement possible, dès la constatation de la grossesse, si l'on veut que soit atteint le but prophylactique recherché.

Dès que ces examens prévus par la loi du 16 décembre 1942 ont été effectués, le médecin doit les indiquer dans la case spéciale de la carte de grossesse délivrée par les Mairies. Cette indication est particulièrement utile pour les femmes assurées sociales, afin de leur éviter quelques semaines ou quelques mois plus tard le désagrément de nouveaux examens et de nouveaux déplacements dans des centres pré-nataux collectifs.

N. B. — Par erreur sans doute, il est indiqué dans les imprimés spéciaux édités par l'Union des Caisses de la Région parisienne et remis dans les Mairies aux assurées sociales enceintes, que ces examens doivent être pratiqués par un médecin « spécialisé ». Il est évident qu'il ne peut être question de médecin spécialisé en consultations prénatales et que tous les médecins peuvent procéder seuls ou le plus souvent aidés du laboratoire et du phtisiologue ou du radiologue, aux examens généraux prévus tant par la loi du 16 décembre 1942 que par la loi des Assurances sociales.

L'entente directe à l'Hôpital

La circulaire ministérielle du 1er février 1944 relative à la réorganisation hospitalière (voir notre circulaire n° 25 du 30 mars 1944) vient de trouver sa première application dans la Région parisienne. Sur l'intervention de l'Union des Caisses d'Assurances sociales, l'hôpital de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir) vient d'être mis en demeure par la Préfecture d'Eure-et-Loir, de faire cesser l'entente directe existant dans l'établissement.

A la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise

En 1943, les dépenses de la Caisse interdépartementale pour le risque maladie se sont élevées à 724 millions de francs (contre 353 millions en 1943).

Ces dépenses sont ainsi réparties : frais médicaux (y compris ceux des hôpitaux et dispensaires), 126 millions ; frais de chirurgie et autres spécialités, 27 millions ; soins dentaires, 16 millions ; frais pharmaceutiques (y compris les frais d'analyses et de laboratoire), 97 millions ; frais d'hospitalisation (hôpitaux, maisons de santé et sanatoria), 105 millions ; remboursements à l'A. M. G. (article 19), 4 millions ; indemnités journalières, 346 millions.

Comme on le voit, ce sont toujours les indemnités journalières (demi-salaire) qui grèvent le plus lourdement le budget des Caisses. Près de la moitié des dépenses leur est consacrée. Le Comité de coordination ne peut que renouveler sa recommandation aux médecins de veiller à ce que les arrêts de travail ne soient prescrits que dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris

Les prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris viennent d'être fixés ainsi qu'il suit par un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé :

Médecine	135	francs
Chirurgie	141	»
Maternité	141	»
Sanatoria	80	»
Etablissements de chirurgie	70	»
Etablissements de convalescence	56	»



En application de la loi du 29 mai 1941, le tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales a été porté au même taux. Après déduction du ticket modérateur de 20 %, le remboursement à l'assuré s'élève donc à :

Médecine	135 — 27	=	108 fr.	
Chirurgie	141 — 28,20	=	112 fr.	80
Maternité	141 — 28,20	=	112 fr.	80
Sanatoria	80 — 16	=	64 fr.	
Etablissements de chirurgie	70 — 14	=	56 fr.	
Etablissements de convalescence	56 — 11,20	=	44 fr.	80

Conseil du Collège départemental de Seine-et-Marne

Tarif corporatif minimum.

Le Collège a décidé d'appliquer, à partir du 1er avril 1944, le tarif corporatif suivant :

Consultation	40	francs
Visite en ville	50	»
Visite du dimanche	80	»
Visite de nuit	100	»

Visite en campagne : 30 francs plus indemnité de 4 francs par kilomètre parcouru.

P. C. = 30 K. = 30

Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers, du Conseil National

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers fait connaître que le Secrétariat d'Etat à la Défense nationale a bien voulu donner pleine satisfaction à la demande qu'elle lui avait adressée le 29 novembre 1943 concernant l'octroi aux médecins pharmaciens et dentistes maintenus au service des prisonniers en Allemagne les avantages pécuniaires accordés au personnel «relevant» des mêmes catégories. Confirmation officielle de cette décision vient de lui être communiquée par la Circulaire ministérielle suivante :

SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA DÉFENSE. DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ

A partir du 1er janvier 1944, les médecins, pharmaciens ou dentistes, d'active ou de réserve, maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en Allemagne et non relevés bénéficieront dans les conditions suivantes, d'une situation analogue à celle prévue pour les médecins, pharmaciens ou dentistes relevants :

1° les médecins, pharmaciens, dentistes possesseurs d'un grade d'officier pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger, prévue à l'article VII du Statut du 31.7.1941.

2° les médecins, pharmaciens, dentistes auxiliaires titulaires, comme les officiers, du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste, ou pourvus de la scolarité requise par les arrêtés des 4 et 11 septembre 1943, pris pour l'application de la loi n° 191 du 25 mars 1943, pourront être nommés sous-lieutenants de réserve à titre provisoire et bénéficier à ce titre, en sus de la solde et des accessoires de solde de leur nouveau grade, des mêmes indemnités que les officiers « relevants » de même grade.

3° les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires ne remplissant pas ces conditions pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger correspondant à leur grade. soit : 95 + 104 % = 194 francs

4° à partir du 1er janvier 1944, les catégories de bénéficiaires, visés ci-dessus, de l'indemnité de mission cesseront de percevoir l'indemnité spéciale de 60 francs qui leur était allouée jusqu'alors.

Cette indemnité ne sera maintenue qu'aux praticiens maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en France, qui n'ont pas droit à l'indemnité journalière de mission.

5° le paiement des indemnités ainsi déterminées aux intéressés ou à leurs délégataires sera effectué dans les conditions prévues à l'article IX du Statut du 31 juillet 1941 et imputé en 1944 sur les crédits du Chapitre L... du Budget.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Agrégation de médecine

Un arrêté du secrétaire d'État à l'Education Nationale du 13 avril 1944 modifie les règlements du concours d'agrégation de médecine.

(*J. O.*, 20 avril.)

Médecins des P. T. T.

Indemnités allouées aux médecins de circonscription et aux chirurgiens des P. T. T.

Par arrêté du 29 mars 1944, la rétribution annuelle des médecins de circonscription et des chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones exerçant à Paris et dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, est fixée à 10.000 francs.

La rétribution annuelle des médecins de circonscription des postes, télégraphes et téléphones exerçant dans les autres départements est fixée à 7.500 francs.

Les dispositions de cet arrêté entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1944.

(*J. O.*, 12 avril.)

Rationnement

Circulaire du 25 avril 1944 du Préfet de la Seine relative à la mise en service de certificats médicaux d'un modèle réglementaire.

En vue d'assurer un contrôle plus efficace des suppléments alimentaires alloués aux malades et aux femmes enceintes ou allaitant, des certificats médicaux d'un modèle uniforme et réglementaire seront mis en service, dans le département de la Seine, à partir du 1er mai 1944.

En conséquence, les mairies ne devront plus, à partir de cette date, accepter des certificats médicaux établis, sur papier libre, soit sur des formulaires imprimés autres que ceux des trois modèles réglementaires ci-après :

1° Certificats médicaux pour régimes et lait concentré ;
2° Attestations de grossesse ou d'allaitement délivrées par les médecins ;
3° Attestations de grossesse délivrées par les sages-femmes.

Ces certificats médicaux qui seront détachés de carnets à souches devront porter, en haut et à droite, un numéro en caractère d'imprimerie.

En principe, les certificats médicaux pour régimes seront de couleur jaune, les certificats de grossesse ou d'allaitement seront, soit de couleur blanche lorsqu'ils auront été établis par un médecin, soit de couleur verte lorsqu'ils auront été établis par une sage-femme.

Toutefois, en raison des difficultés actuelles d'impression, il pourra éventuellement être mis en circulation des certificats médicaux imprimés sur du papier d'autres couleurs que celles précitées.

En raison des garanties suffisantes qu'ils présentent, les certificats médicaux réglementaires seront dispensés des formalités de légalisation de la signature du médecin ou de la sage-femme les ayant établis.

En outre, ces certificats médicaux pourront éventuellement porter une vignette de 10 fr. émise par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, mais il est précisé que la présence de cette vignette est facultative.

D'autre part, il est spécifié que pour l'attribution de lait concentré, les certificats médicaux réglementaires devront, comme précédemment, être déposés sous enveloppe cachetée à la mairie, conformément aux prescriptions de la Circulaire n° 192, du 20 mars 1944 (*Bulletin municipal officiel* du 20 mars 1944).

Voir la suite page XIV-276

PARTIE SCIENTIFIQUE

MIGRAINES ET CÉPHALÉES MENSTRUELLES

Professeur agrégé H. Vignes

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

La migraine cataméniale est une éventualité fréquente. — J'ai apprécié à 25 % le nombre des femmes qui ont des migraines menstruelles, parmi les bourgeoises de Paris venant me consulter à l'occasion d'une grossesse (1). La proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes qui me consultent pour stérilité.

L'échéance est variable : le plus souvent, la céphalée se manifeste le premier jour des règles ou le deuxième, — moins souvent, à la veille de l'écoulement, — moins souvent encore lorsque celui-ci est terminé ; enfin, dans un tiers des cas, la date d'apparition n'est pas toujours la même, tantôt pendant, tantôt avant, tantôt après.

Tous ces faits concernent, soit des femmes ayant des migraines seulement lors de leurs règles, soit des femmes ayant des migraines habituelles, mais avec renforcement menstruel. Un dixième des femmes sujettes aux migraines habituelles n'ont pas de renforcement menstruel. Enfin, de rares femmes ont des céphalées habituelles qui, très nettement, disparaissent lors des règles. Ceci n'est pas pour simplifier l'interprétation de la migraine cataméniale.

Au total, la menstruation est une occasion fréquente de migraines et Sédillot (1 *bis*) relève que, chez la femme, 72 % des crises migraineuses se produisent à cette période.

J'ai observé de rares cas où la migraine se produisait lors de l'ovulation.

Le plus habituellement, les migraines menstruelles apparaissent à la puberté ou un peu avant et elles disparaissent après la ménopause, souvent après une phase d'exacerbation pendant les mois où se prépare la disparition des règles. Dans un cas de Skiff, des migraines menstruelles firent place à un état migraineux quotidien, lors de la ménopause.

Il est également fréquent que les migraines cessent pendant l'aménorrhée de la grossesse.

La migraine menstruelle peut se reproduire de façon constante lors de chaque période ou bien elle peut être intermittente ; dans ce dernier cas, tantôt elle semble être spontanée et tantôt elle est provoquée par une cause qui, en dehors des règles, est capable de la provoquer, mais qui, alors, la provoque plus aisément. Ainsi en est-il de l'ingestion de certaines graisses et corps gras qui inhibent le suc gastrique et prolongent la digestion gastrique ou qui excitent la vésicule, de certaines albumines auxquelles la femme est sensibilisée, du chocolat, de l'action des parfums auxquels certaines femmes sont intolérantes, de la fatigue et de l'énervement, des facteurs météorologiques. De façon très générale, ces diverses circonstances se résument à des facteurs allergiques ou à des facteurs vagotonisants. Signalons, enfin, que de rares céphalées se voient après la chute tensionnelle qui suit certaines ménorragies.

Les migraines cataméniales ne présentent aucune particularité clinique. — Elles se manifestent habituellement au réveil, après la vagotonie du sommeil. Elles sont généralisées ou localisées. Elles s'accompagnent de photophobie plus ou moins accentuée, de nausées ou de tendance nauséeuse, d'une inaptitude à toute activité physique ou intellectuelle qui peut aller jusqu'à une véritable sensation de détresse. Elles durent de un à trois jours et elles se terminent par une *décharge polyurique.*

Les migraines cataméniales sont fréquemment associées à divers complexes morbides dont l'étude peut être fort importante pour interpréter leur nature.

1° Les migraines cataméniales s'accompagnent souvent de dysménorrhée ; on ne sait, parfois, quel syndrome incommode le plus la patiente ; telle femme que l'on questionne avec précision, répond migraine quand on lui cause règles douloureuses ; certains auteurs ont parlé d'alternance entre dysménorrhée et migraine suivant les périodes ; mais une alternance nette est assez rare.

2° Les migraines cataméniales s'accompagnent souvent de règles pauvres ou, quelquefois, de ménorrhagie. Marcel Gervais, élève de Dalché, disait que l'intensité de la migraine était proportionnelle à l'importance de la perte sanguine (2) ; je n'ai jamais vu de tels faits, mais je ne les révoque pas en doute. Peut-être s'agit-il de ces céphalées post-ménorrhagiques dont j'ai parlé tout à l'heure.

3° Les migraines cataméniales s'accompagnent souvent de digestion gastrique retardée, de blocage du pylore ou d'incidents vésiculaires. Nous y avons déjà fait allusion en énumérant les circonstances qui peuvent aider à déclancher la crise ; nous aurons à y revenir quand nous discuterons de la nature de la migraine.

4° Les migraines cataméniales s'accompagnent assez souvent d'acidose, que l'acidose soit primitive ou qu'elle soit secondaire au jeûne.

5° Les migarines cataméniales s'accompagnent, chez certaines femmes, d'incidents allergiques, asthme, urticaire, dermatose, ou bien elles alternent avec ces accidents.

6° Les migraines cataméniales s'accompagnent, chez quelques femmes, d'une certaine excitation sexuelle.

Le diagnostic de la migraine ne présente pas de difficultés. On ne la confondra pas avec les céphalées qui accompagnent les maladies craniennes, méningées et encéphaliques, la myopie, la syphilis secondaire, l'intoxication oxycarbonisée et l'hypertension, en particulier l'hypertension qu'on observe chez les femmes ayant eu de l'éclampsie. On se rappellera, d'ailleurs, que ces diverses céphalées peuvent avoir des paroxysmes mentruels. On éliminera, aussi, les céphalées par inflammation du sinus frontal (céphalée sus-orbitaire avec lourdeur des paupières et sensibilité locale), inflammation du sinus sphénoïdal (céphalée occipitale), inflammation du sinus ethmoïdal (céphalée autour de a racine du nez) ; mais le problème est plus délicat, parfois, car il existe des rhinites et des sinusites allergiques qui peuvent être un élément de la migraine cataméniale.

***

Il n'est pas aisé de comprendre la nature de la migraine cataméniale, parce que nous connaissons fort mal la nature de la migraine en toutes autres circonstances (3). Nous allons, cependant, nous efforcer de dégager quelques points assez communément admis :

1° La migraine est un trouble fonctionnel sans lésions connues et sans séquelles.

2° Les phénomènes douloureux de la migraine siègent au niveau du cortex dans la région sylvienne, peut-être aussi dans la pie-mère voisine, peut-être aussi dans les plans plus superficiels, tel que le périoste crânien, voire même les tissus sous-cutanés (3). Ces phénomènes douloureux sont, principalement, d'origine vasculaire. Dubois-Reymond, en 1860, enseignait qu'ils débutent par une vaso-constriction locale et qu'à cette vaso-constriction peut suivre une vaso-dilatation. Peut-être ces alternances d'ischémie et de congestion se renouvellent-elles plusieurs fois au cours d'une crise. Pour Sédillot (1 *bis*), le fait primordial est une vaso-dilatation dans le domaine de la carotide interne : hyperémie de la paupière, de la pituitaire, de la rétine (d'où photophobie), hypersécrétion de la glande lacrymale et, naturellement, hyperémie cérébrale et méningée ; en même temps, il se produirait, par compensation, un spasme de la carotide externe.

4° En plus des phénomènes artériels, il faut, peut-être aussi, envisager des phénomènes veineux. La pression veineuse rétinienne est toujours augmentée, d'après Trotot (4), au cours des céphalées. D'après cet auteur, en cas de céphalée, il faut envisager un mécanisme d'hypertension veineuse intra-cranienne localisée ou généralisée ;

5° La vaso-constriction migraineuse semble relever d'une excitation du sympathique, mais beaucoup de migraines sont précédées d'une phase vagotonique (5). Il n'est pas irrationnel de parler d'un déséquilibre neuro-végétatif avec alternances de sympathicotonie et de vagotonie.

Le fait que les migraines étudiées ici se produisent lors de la menstruation a fait incriminer un trouble du fonctionnement ovarien et de la sécrétion folliculinique. On sait, depuis les travaux de R.-T. Frank, que la folliculine commence peu après le début de la menstruation, une augmentation, d'abord discrète, et que cette augmentation va en progressant tout le long du mois jusqu'à un maximum prémenstruel et à une chute brusque au début de la menstruation suivante.

1° On peut concevoir que la migraine cataméniale soit due à une insuffisance de sécrétion folliculinique : les succès obtenus, dans quelques cas, par une thérapeutique folliculinique, la disparition des migraines pendant la grossesse alors que la folliculinémie augmente, pourraient renforcer cette hypothèse.

2° On peut concevoir que la migraine cataméniale soit due à un excès de la sécrétion folliculinique. Certains faits où l'on a pu combattre l'hypersécrétion par la progestérone ou la testostérone, parlent dans ce sens. Par exemple, Deslandres aurait guéri des migraines par injection de progestérone (6). Oui, mais les injections de progestérone et, d'ailleurs, celles de folliculine aussi, augmentent les migraines de ma cliente 6402 ; quant à la testostérone, elle est sans effet sur les migraines et, par un curieux paradoxe, elle rend les règles plus fréquentes et plus abondantes.

A l'appui de la théorie, qui incrimine un excès de folliculine, on peut invoquer les migraines guéries par une castration chirurgicale ou rœntgenthérapique. On sait, qu'en général, les migraines disparaissent après la ménepause. D'où l'idée de guérir les migraines cataméniales, du moins celles qui sont réellement graves, par l'hystérectomie ou par la radio-castration. Mais les succès sont inconstants, et ils sont souvent imparfaits. Souvent même, il y a aggravation : c'est ainsi que Fishbaugh relève seulement deux succès sur quinze cas : c'est ainsi que W.-C. Alvarez de la Clinique Mayo, sur quarante-deux cas, relève six succès complets, cinq atténuations et quinze aggravations (7).

3° En plus de ces contradictions sur le sens du trouble ovarien, il faut noter un autre fait qui est d'importance. Riley, Brickner et Kurzrok, dans les cas où ils ont dosé la folliculinémie au cours d'accès migraineux, ont trouvé des chiffres normaux.

On peut donc conclure que les migraines menstruelles ne relèvent pas d'un trouble hormonal ovarien ou, du moins, qu'elles n'en relèvent pas directement. Mais il n'en reste pas moins que ces migraines sont à échéance menstruelle, qu'elles apparaissent à la puberté et disparaissent à la ménopause et qu'il faut donc les relier à une des modifications se produisant dans l'organisme lors de la menstruation.

Les migraines cataméniales ne relevant pas d'un trouble ovarien, on s'est demandé s'il ne fallait pas incriminer un trouble hypophysaire. Nombre d'auteurs ont imaginé qu'une glande

congestionnée, voir même hypertrophiée, soit trop à l'étroit dans la selle turcique. On peut aussi concevoir qu'elle comprime les veines voisines et, pour Halloran, la turgescence glandulaire comprime effectivement les sinus, congestionne tout le système veineux de la base du crâne et rend douloureuses les terminaisons nerveuses contenues dans la paroi des tissus (8). Ceci s'apparente à la théorie précitée qui fait jouer un rôle à la réplétion veineuse dans la genèse des céphalées.

Divers faits appuient la théorie hypophysaire de la migraine :

1° on sait, depuis Benoît, que la lumière stimule l'hypophyse ; or la lumière provoque des paroxysmes chez les migraineuses ;

2° Riley, Brikner et Kurzrok ont montré une excrétion très augmentée de l'hormone gonadotrope ;

3° Drouet, Mathieu et Collesson ont montré, chez l'homme et chez la femme, dans les migraines menstruelles et les migraines non menstruelles, que les urines contiennent du principe mélanophorotrope, sécrété par la pars intermédiaire de l'hypophyse. Cette excrétion témoigne d'une suractivité, non seulement de la post-hypophyse, mais de la glande pituitaire en totalité (8 *bis*).

Reste à expliquer la nature du trouble hypophysaire.

On peut admettre une susceptibilité particulière de la glande. Celle-ci, dans bien des cas, relèverait d'une syphilis congénitale. Et, aussi, Halloran a proposé une ingénieuse hypothèse : il rappelle que le lobe antérieur provient de la poche de Rathke, que celle-ci est un dérivé de la muqueuse nasale et que ladite muqueuse est très souvent allergisée ; il ne serait pas impossible que le lobe antérieur le soit aussi et qu'il se tuméfie sous l'influence des allergènes.

Mais quel est le déterminisme menstruel ?

On doit admettre un effet des interactions qui existent entre l'ovaire et l'hypophyse : sans trop préciser, on aura présent à l'esprit que les fortes doses de folliculine inhibent l'hypophyse et que l'insuffisance ovarienne détermine une excitation de cette glande.

Il reste enfin à envisager les modifications subies par le système nerveux végétatif à l'occasion des règles. Normalement, il existe, avant la menstruation, une élévation du tonus neuro-végétatif avec prédominance sympathicotonique, chez la plupart des femmes ; en cours d'écoulement, il y a abaissement du tonus neuro-végétatif avec tendance vagotonique. Aux deux phases, il y a instabilité du tonus et tout excès de ces tendances appelle des réactions en sens inverse qui peuvent être incriminées comme étant l'origine d'un paroxysme migraineux.

Chez les femmes atteintes de migraines menstruelles, il existe, en général, un fond constitutionnel de vagotonie avec hypoglycémie et hypocalcémie. Il s'agit de femmes fatigables, avec froid aux extrémités, avec constipation, avec signes frustes de tétanie (9). Cette constitution vagotonique va s'exagérer à la faveur de la vagotonie menstruelle et elle appellera la réaction en sens inverse, si le couple neuro-végétatif est mal équilibré.

Le déséquilibre neuro-végétatif pourra être augmenté par les divers facteurs, dont nous avons parlé en commençant : le premier est la fatigue ; le deuxième consiste en troubles gastriques, en spasme du pylore, en troubles vésiculaires au cas d'un aliment indigeste ou d'un aliment auquel la femme est sensibilisée ; et l'on se rappellera qu'en dehors de la menstruation, la migraine est, neuf fois sur dix, d'origine gastro-intestinale ; enfin un troisième facteur sera cherché dans l'allergie. Certes, celle-ci n'est pas constante : dans une observation anonyme parue dans *The Journal of the American medica[l] association* (10), il avait été fait, pour une migraine grave, quatre-vingt-dix tests cutanés, et tous avaient été négatifs. Mais la fréquence des accidents allergiques lors de la menstruation montre bien l'échange de mauvais procédés entre la sensibilisation et les réactions du système neuro-végétatif.

Pour terminer ces quelques notions pathogéniques, il faut peut être signaler un possible facteur psychique. Il est difficile d'être très précis. Dans certaines migraines menstruelles intervient le facteur bizarre que sont les habitudes morbides. Il faut aussi connaître le rôle du subconscient ; d'aucuns ont guéri des migraines par un traitement psycho-analytique ; la migraine leur apparaît comme une révolte contre la sujétion menstruelle (11). D'autre fois, enfin, la migraine est quelque peu simulée ou, tout au moins, volontairement amplifiée « l'affection dont les femmes connaissent le mieux les ressources, disait Balzac, dans la *Physiologie du mariage*, est la migraine ».

***

Le traitement de la crise migraineuse cataméniale ne se distingue guère d'une crise migraineuse banale : 1° On prescrira les calmants habituellement employés, l'aspirine en particulier. Et, toutes les fois qu'on le pourra, on utilisera la voie rectale à cause du retard apporté par le spasme pylorique. On associera le café ou le paullinia sorbilis dont un petit nombre de femmes se louent tout particulièrement. L'extrait de cannabis en dose de un centigramme est très précieux dans certains cas.

2° L'injection de novocaïne à 1 % autour de l'artère temporale a donné à Leriche des résultats excellents qui ont été curieusement durables, jusqu'à deux ans (12). C'est peut-être ici le lieu de rappeler ces habitudes morbides auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure.

3° On s'efforce de calmer les phénomènes nerveux du tube digestif : boule d'eau chaude au creux épigastrique, médicaments à base de piscidia.

4° On cherchera à empêcher l'acidose causée par l'état migraineux ; car celle-là aggrave celui-ci ; le goutte-à-goutte rectal glucosé, les inhalations d'oxygène employées à la Clinique

Mayo, pendant une heure ou deux, peuvent contribuer à rompre ce cercle vicieux et à abréger la crise.

5° On a préconisé le tartrate d'ergotamine *per os* en dose d'un quart, un demi, un et même deux milligrammes (13). dans la migraine prémenstruelle. Les résultats sont parfois très remarquables. Souvent ils sont nuls. On se méfiera de l'administration hypodermique. Elle a, dit Marcel Perrault, « pu déterminer des accidents dramatiques et même mortels, éventualité tout à fait hors de propos avec les bénéfices assez incertains qu'on attend de la méthode ».

6° A l'opposé du sympathicolytique qu'est l'ergotamine, d'autres auteurs ont eu à se louer de l'éphédrine. Et cette opposition appelle certaines réflexions sur les diverses variétés possibles du déséquilibre neuro-végétatif.

La prophylaxie de la migraine cataméniale comporte, d'abord, toutes les précautions que l'on peut utiliser contre les migraines banales : lutter contre la fatigue et contre une vie d'activité exagérée, vie au grand air, hydrothérapie, pratique raisonnable des sports,— hygiène alimentaire et thérapeutique des états gastro-intestinaux, — parfois, traitement de l'hypocalcémie, (préparation de calcium, vitamine D, extrait parathyroïdien) — traitement de la syphilis congénitale, qui m'a semblé la plus fréquemment utile des méthodes, — chlorure de magnésium, — désensibilisation par les diverses méthodes classiques (autohémothérapie, histamine, peptonothérapie, hyposulfite).

La prophylaxie de la migraine cataméniale comporte, ensuite, diverses médications qui se proposent d'agir sur l'ovaire et sur l'hypophyse.

On s'est proposé d'« assagir » l'ovaire ou de l'aider : folliculine en dose de 2.500 unités internationales deux à trois fois par semaine pendant un cycle, distilbène, testostérone, extrait de corps jaune.

On a proposé, considérant la participation hypophysaire comme la traduction d'un déficit, des injections d'extrait hypophysaire (14). On en a obtenu des résultats ; mais il est rare qu'ils soient durables, malgré le renouvellement des injections. D'autres auteurs, au contraire, partant de l'idée d'une suractivité de la préhypophyse, ont cherché à la combattre par les extraits de post-hypophyse (15). Enfin, j'ai obtenu des succès en m'inspirant de l'idée de chercher les co-ferments métalliques de l'hypophyse.

(1) H. Vignes. — *Physiologie gynécologique et médecine des femmes,* 1929. Masson, édit., p. 203.

(1 *bis*) Sédillot. — Qu'est-ce qu'une crise de migraine ? *La Médecine pratique*, 20 février 1934, p. 29.

(2) Marcel Gervais. — Céphalées d'origine génitale. *Thèse* de Paris, 1908.

(3) Voir Pasteur Vallery-Radot et Hamburger. Pathogénie de la migraine. *La Biologie médicale*, 1934, p. 235.

(4) R. Trotot. — Les céphalées. Etude séméiologique et pathogénique. Leur mécanisme veineux. *Thèse* de Paris, 1940.

(5) Tinel, Santenoise et de Massary. — Migraine et système nerveux végétatif. *Revue neurologique*, juin 1925, p. 930.

(6) Deslandres. — *Thèse* de Paris, 1928.

(7) Fishbaugh. — Céphalée et trouble fonctionnel ovarien. *Endocrinology*, 1927, t. 11. — C.-L. Martin. Menstrual headaches. *Amer. Journ. of Rœnt. and Radium therapy*, sept. 1930, p. 267. — Kelly. *Journ. of the Amer. Ass.*, 12 septembre 1931. — W.-C. Alvarez. Can one cure migraine in Women by inducing menopause. *Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic.*, 12 juin 1940, p. 380.

(8) Halloran. — Migraine and the pituitary. *West Virginia med. Journ.*, mai 1939, t. 35, p. 201.

(8 *bis*) P.-L. Drouet et L. Collesson. — Migraine et hypophyse. *Revue française d'endocrinologie*, avril 1934, p. 137.

(9) K. Hœsch. — Migraine et insuffisance parathyroïdienne. *Zentralblatt fur innere Medizin*, t. 58, 4 décembre 1937, p. 945.

(10) Tome 106, numéro du 13 juillet 1936, p. 2092.

(11) Treatment should first consist in pshycotherapy along psychoanalytic lines. It psychoanalysis is not feasible, at least a psychologic analysis should be made to discovet if possible a reason for revolt against menstruation. Perhaps a rational explanation fo the physiolgy of reproduction given to the patient will suffice. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*).

(12) Leriche. Des migraines fronto-sus-orbitaires. Du traitement par injection de novocaïne autour de l'artère temporale superficielle. *Le Progrès médical*, 10 juin 1943, p. 203. — S'inspirant des principes généraux dégagés par Leriche, Aburel utilise la percaïne à 1 % en dose de 4 à 8 centicubes dans les céphalées avec troubles ovariens. Ce sont les céphalées qui cèdent à la pression sur l'artère temporale qui sont soulagées le mieux par l'anesthésie des régions temporales. Quelquefois, pour éviter la piqûre, il a procédé avec succès à l'anesthésie des conjonctives oculaires ou du tympan par instillations. Quelquefois, une seule piqûre suffit ; dans d'autres cas, il faut répéter les infiltrations de deux en quatre fois. Les échecs seraient rares. (E. Aburel et J. Grubler. — Action de l'anesthésie des téguments craniens sur les céphalées d'origine génitale. *Revue française de Gyn. et Obst.*, 1941, p. 30).

(13) Lucien Cornil. — *Société de médecine de Nancy*, février 1927.

(14) Stemmer, Mme M. Alexiu et M. Vulcanesco. — Sur la pathogénie et le traitement des migraines cataméniales. *Revista de obs. gin. puer.*, octobre-décembre 1939.

(15) Carnot, Caroli et Cachera. — Action anticéphalalgique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. *Paris médical*. 12 novembre 1932. — W.-M. Skipp. Céphalée hypophysaire. *Endocrinology*, t. 18, septembre 1934.

QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES SUR LES AVORTEMENTS PROVOQUÉS

Par le Docteur André Monsaingeon

On pourrait croire qu'un problème aussi grave pour le pays que celui des avortements provoqués est sinon fouillé et sur le point d'être résolu, du moins connu et défini dans ses données essentielles. Si, dans tous les domaines, on admet que la première condition pour résoudre une difficulté est de bien la circonscrire et d'en dénombrer les éléments, il semble, *a priori*, que toute lutte contre l'avortement mérite

d'être instituée et poursuivie sur d'autres bases que celles d'impressions vagues et toutes personnelles.

L'avortement provoqué est, par sa nature, clandestin et difficile à dépister. A cause de cela, et en dehors de toute question de répression judiciaire, il serait important de pouvoir connaître l'ampleur de ce fléau et les effets des mesures qui sont prises contre lui. Voyons ce qu'il en est en France.

Tout le monde s'accorde pour admettre que le chiffre global des avortements avant la guerre était au minimum de 400.000. Le chiffre de 50.000 avortements annuels à Paris contre 60.000 naissances a été souvent avancé. Il est fort probable que le nombre total des avortements approche d'assez près le nombre des naissances (616.000 en 1937). Mais ceci n'est qu'une approximation très grossière, qui ne permet en aucune manière de définir l'étendue de ce mal dans les différentes catégories de la population, ni de suivre les effets des mesures prises.

Si l'on consulte les grandes statistiques officielles, on obtient des renseignements comme ceux-ci : en juillet 1943, la statistique mensuelle des causes de décès pour la France entière comporte trois décès par « avortements avec conditions septiques » (JA) et deux sans conditions septiques (JB). Voilà qui n'a évidemment aucun rapport avec la réalité. Et si l'on cherche dans un milieu plus restreint, où les dossiers de malades sortants ou décédés reçoivent la mention d'un diagnostic porté par le médecin, voici ce qu'on constate pour l'Assistance publique de Paris. Chaque année environ mille cas d'avortements avec conditions septiques (n° 140, — ainsi 906 en 1937 — 1.064 en 1938), trois fois plus d'avortements sans conditions septiques, mais y compris les hémorragies (n° 141 — 3.072 en 1937, 911 en 1938). Une centaine de cas annuels de septicémie puerpérale (n° 145) guéris. La mortalité maternelle apparaît réduite sur ces statistiques, puisqu'il n'y aurait que 55 morts par avortements en 1938, 40 en 1939, 25 en 1940. Mais ces chiffres un peu étonnants deviennent parfaitement suspects, si l'on constate que pas un cas de tétanos, mortel ou non, n'est signalé pendant les années 1938-1939 et 1940. Au surplus chacun sait que les diagnostics marqués à la sortie des malades sont peu exacts. Toutes les appellations sont utilisées au gré du signataire avec un souci trop grand de discrétion. Disons tout net que nul n'a cure de l'intérêt que présenterait une statistique honnêtement établie et que les chiffres fournis à l'heure actuelle dans ce domaine par les dossiers de l'Assistance publique n'ont aucune valeur. A qui voudrait en douter nous dirons que les données publiées ci-dessus comportent en 1938 trente cas d'avortements sans conditions septiques survenus à 59 ans et au-delà — et ceci encore que les quarante morts maternelles par avortements de 1939 les vingt-cinq morts en 1940 n'ont aucun rapport avec les chiffres de l'Institut médico-légal.

On sait que, depuis 1939, une Circulaire de la Chancellerie prescrit aux chefs de service de refuser de « signer le décès », autrement dit d'accorder le permis d'inhumer pour les femmes mortes à la suite d'un avortement provoqué. Cette mesure, si elle était appliquée comme elle devrait l'être, *pourrait* entraîner dans tous les cas une enquête ; s'il le voulait, le Juge d'instruction commis *pourrait* demander une autopsie médico-légale. Or, en fait, l'enquête n'est pas toujours menée ; il arrive que le permis d'inhumer refusé par le Chef de service soit accordé à la légère par le médecin d'état-civil ; les juges d'instruction ne font pas toujours appel à l'autopsie médico-légale, pourtant indispensable.

Malgré ces facteurs successifs de déchet, le nombre des autopsies d'avortées pratiquées place Mazas, atteint 52 en 1939, 15 en 1940, 63 en 1941, 69 en 1942, — le *quart* ou le *cinquième des autopsies de femmes* (282 en 1941, 358 en 1942).

Ceci donne une idée de la gravité de la situation actuelle : *sur cinq morts féminines suspectes, il y a au moins une mort par avortement criminel.* Nous sommes loin des pauvres chiffres de l'Assistance publique !

Mais on ignore encore le taux moyen de la mortalité des avortements provoqués. On ignore même le taux moyen de la morbidité par avortement, et sans aucune espèce de doute, beaucoup d'avortées passent à côté de tout dépistage possible, la mort du fœtus étant en fait ramenée à la catégorie d'un phénomène physiologique et non pathologique. Une statistique soigneusement établie peut donner quelques lumières sur ce point : La Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise des Assurances sociales a fait établir la statistique de tous les cas qui, en 1936, ont subi un contrôle médical. Le contrôle ayant porté surtout sur les affections graves, coûteuses et de longue durée, on peut admettre que beaucoup d'avortements anodins sont passés inaperçus. Cette certitude ne donne que plus de valeur aux chiffres que nous allons reproduire et qui doivent être considérés comme des chiffres minimum, très inférieurs à la réalité :

Sur 32.029 femmes contrôlées, 3.718 présentaient des affections gynécologiques, 1.039 une fausse-couche — c'est dire que 34,5 femmes sur 1.000 contrôlées avaient fait un avortement. Sur 1.000 avortements, 19 étaient septiques, 180 mentionnés sans arrêt de travail, 337 % sans hospitalisation (et néanmoins contrôlés !) Fait capital, 714 avortées sur 1.000 étaient mariées, et les deux tiers avaient au maximum *un* enfant. Sur les 1.039 fausses-couches, 444 ont été hospitalisées à l'Assistance publique soit 69 % des hospitalisées. C'est dire qu'une statistique sérieusement établie, grâce au Corps médical de l'Assistance publique donnerait des chiffres très intéressants. Enfin, sur 1.000 avortées, il y a 257 domestiques (soit un quart du total des assurées sociales contrôlées), 193 vendeuses et filles de salle, 185 sténos ou employées. Il ne s'agit là que des cas pour lesquels est demandée une prestation. Reste la nombreuse catégorie des clandestines, qui ne jouissent d'aucun repos post-opératoire. La moyenne des frais atteint en 1935, 549 francs par assurée. Cette somme représente pour la société, le prix de revient d'un enfant qui ne naît pas.

Cette intéressante statistique est encore insuffisante. Il serait précieux de connaître l'évolution de ces chiffres dans les années suivantes. Tels qu'ils sont, ils montrent aux médecins l'utilité d'un contrôle exact des cas pour lesquels un diagnostic est possible. Si tous les services de l'Assistance publique établissaient un compte précis des avortements soignés chaque année ; si le décret-loi de 1939 sur la surveillance des maisons recevant des femmes enceintes et le règlement d'administration publique du 21 mai 1940 étaient appliqués et fournissaient en conséquence le chiffre des naissances et des curettages qui s'y font ; si toutes les morts par avortement faisaient l'objet d'une enquête et d'une autopsie sérieuses, alors on connaîtrait mieux l'étendue du mal, on préciserait ses facteurs, on surveillerait les responsables. La répression serait plus sérieuse qu'elle n'est. On ne pourrait plus écrire, avec chiffres à l'appui, comme l'a fait justement la Vie intellectuelle du 9 juillet 1939, que, pour 400.000 avortements annuels auxquels ont coopéré un million de délinquants, les tribunaux en condamnent 300 parmi lesquels 150 bénéficient de la loi de sursis.



Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bubon inguinal tuberculeux d'origine vénérienne

(M. A. SÉZARY ; 11-1-1944).

La région génitale est une porte d'entrée des plus rares pour la tuberculose. Cependant, pour ne parler que de la pathologie féminine, la vulve et le périnée ont été quelquefois le siège de l'inoculation bacillaire. L'inoculation a eu alors pour origine — dans les observations publiées — des rapports sexuels avec des hommes atteints de tuberculose génitale ou urinaire. Elle s'est manifestée par une lésion cutanée, véritable chancre d'inoculation, suivie de bubon inguinal et parfois d'érythème noueux. Elle a paru constituer une primo-infection.

Dans le cas nouveau relaté par M. Sézary, le chancre d'inoculation a fait défaut, la seule manifestation clinique ayant été une adénopathie inguinale double avec ulcération du plus gros des ganglions de chaque côté. Une biopsie ganglionnaire a montré du tissu tuberculoïde, sans B. K. sur les coupes. L'auteur a porté le diagnostic de tuberculose ganglionnaire. La localisation du bubon, le bon état général de la malade, l'absence de toute lésion pulmonaire, la faiblesse des réactions à la tuberculine, lui font penser à une primo-infection d'origine vénérienne. Le mari de la malade est atteint d'épididymite bacillaire.

L'intérêt particulier de cette observation est l'absence de toute lésion cutanée ou muqueuse marquant la porte d'entrée du bacille. Le fait ne doit pas étonner. Comme l'a montré Calmette, l'infection tuberculeuse peut être réalisée expérimentalement à travers la peau aprés friction énergique. La malade de M. Sézary a d'ailleurs des téguments *vulvo-périnéaux fragiles*, la fourchette vulvaire ayant présenté chez elle, à divers examens, des éraillures linéaires par lesquelles le bacille a pu fort bien s'introduire.

Les sels organiques de cuivre dans le traitement des rhumatismes chroniques

(M. Jacques FORESTIER, d'Aix-les-Bains ; 18-1-1944)

Depuis 1929, la chrysothérapie est devenue le traitement de base des affections articulaires chroniques du type inflammatoire. Mais ce traitement ne saurait toujours être applicable, en raison de l'existence de cas de chryso-intolérance. Il existe aussi des cas de chryso-résistance. D'autres thérapeutiques sont donc désirables.

Récemment, des composés organiques de cuivre ont été utilisés dans les pays de langue allemande, pour le traitement de la tuberculose pulmonaire et celui des rhumatismes chroniques. Depuis 1942, M. Forestier a pu traiter 43 malades, dont 31 atteints de polyarthrite, avec deux composés cuivreux : le cupro-allyl-thio-urée benzoate de soude qui contient 19 % de cuivre, et le cuproso-thiopropanol sulfonate de sodium qui contient 23 % de cuivre. Il a obtenu 6 résultats favorables, 11 résultats limités, 14 résultats nuls. Il conclut que les sels organiques de cuivre employés par voie veineuse pour le traitement des arthrites inflammatoires ont été généralement bien tolérés. Leur action thérapeutique, aux doses utilisées (0 gr. 01 à 0 gr. 10), est loin toutefois d'égaler celle des sels d'or. Leur usage constitue cependant un avantage non négligeable pour les cas de chrysorésistance. La posologie employée paraît insuffisante et il conviendrait d'essayer de l'augmenter en vue de résultats plus satisfaisants.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Opération de Baldwin-Mori, pour absence de vagin, pratiquée il y a trente ans

(MM. Pierre BROCQ et F. POILLEUX ; 3-11-1943)

M. Brocq a eu l'occasion d'examiner une femme de 49 ans opérée trente ans auparavant par M. Lardennois, de Reims, pour absence congénitale de vagin, par la méthode de Baldwin-Mori, méthode qui consiste à utiliser une anse intestinale pour la création du néo-vagin. On reproche, on le sait, à cette méthode, d'être grevée d'une certaine mortalité (12 % environ).

L'opérée de M. Lardennois avait quitté l'hôpital de Reims au bout de trois semaines, très satisfaite. Dans la suite, cette femme s'était mariée et n'avait ressenti aucun phénomène douloureux, même à l'occasion des rapports sexuels : ni elle, ni son mari (dit-elle) n'ont eu à se plaindre à ce sujet. Actuellement, l'aspect vulvaire est normal, la cavité vaginale est souple et admet facilement deux doigts. Il existe toutefois un prolapsus muqueux du néo-vagin pour lequel la malade est venue consulter, prolapsus partiel d'ailleurs. Les ovaires, signalés petits lors de la création du néo-vagin, ont augmenté de volume et sont d'aspect normal. L'utérus, scindé en deux hémi-utérus est le seul élément atrophié. Ces dernières constatations ont été faites au cours d'une laparotomie.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les formes suraiguës des cardiopathies rhumatismales chez l'enfant

(H. GRENET, F. JOLY et P. GRENET ; 22-10-1943)

Ces formes entraînent la mort en moins d'un mois. Cette évolution suraiguë est caractérisée par une atteinte très grave d'emblée de l'état général. La fièvre élevée tombe, en général, dès qu'on administre du salicylate de soude, sans que la marche des accidents soit modifiée de ce fait. La tachycardie est constante (125 à 130), indépendante de la température, et s'accentue au moindre effort. Les bruits du cœur sont assourdis ; galop habituel. Jusqu'à la mort, la pâleur, l'abattement, la tachycardie et l'arythmie ne cessent de s'aggraver. Les lésions constatées se rapportent au rhumatisme ; elles réalisent le stade le plus jeune des formations nodulaires rhumatismales.

Pneumothorax spontané bilatéral, complication imprévue des alertes

(P. PRUVOST et S. GODLEWSKI ; 29-10-1913)

Chez un malade présentant une bacillose déjà ancienne, mais encore évolutive du sommet droit, l'émotion violente ressentie à l'occasion des tirs et des éclatements de bombes de deux alertes successives (à 7 semaines d'intervalle) a produit, lors de

la première alerte, un pneumothorax spontané gauche et un pneumothorax droit lors de la deuxième. Ces deux pneumothorax se sont résorbés spontanément sans aucune complication pleurale ; ce sont donc des pneumothorax spontanés bénins. Sans être la cause directe de cette complication, l'émotion violente provoquée par les deux alertes a engendré, chez ce malade, des réactions de défense assez vives pour provoquer vraisemblablement des déchirures sur une plèvre épaissie et tiraillée par des adhérences. Cette lésion rappelle le pneumothorax par effort décrit par Sergent. On ne saurait, en effet, incriminer ici un traumatisme respiratoire en rapport avec la déflagration des bombes ou des obus, étant donné la distance à laquelle elle s'est produite.

Erythème du neuvième jour chez une asthmatique traitée par un antihistaminique de synthèse

(Jacques Decourt et R. Gorin ; 5-11-1943)

Les érythèmes, dits du neuvième jour, sont une manifestation bien connue des chimiothérapies les plus diverses. Or, malgré leurs propriétés spéciales, les nouveaux corps dits antihistaminiques peuvent provoquer des accidents semblables.

Traitement des affections gangréneuses et putrides du poumon par les sels d'or

(R. Bénard ; 12-11-1943)

L'auteur apporte le résultat de 23 cas de sujets traités dans son service pour suppuration putride ou gangréneuse du poumon par le thiosulfate double de sodium et d'or. Il estime qu'en pareils cas, cette thérapeutique mérite d'être retenue. Elle fait disparaître la fétidité avec une constance remarquable. Elle semble, d'autre part, constituer un traitement qui n'est pas sans efficacité au regard de la maladie elle-même.

G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 26-11-1943

La création d'atmosphères thérapeutiques

MM. Louis Bory et G. Bory rappellent que dès 1922, à l'Académie des Sciences, ils ont prôné cette nouvelle méthode thérapeutique, qui, appliquée de façon quasi continue dans des chambres spéciales, ouvre des possibilités non limitées. Leur technique permet d'envisager des chambres privées ou des salles d'hôpitaux où les malades passeraient leurs journées ou seulement leurs nuits, dans des atmosphères purifiées, dosées en gaz, degrés thermique et hygrométrique, pression, ionisation... et auxquelles on ferait parvenir à doses minimes, constamment renouvelées (véritable réalisation d'un goutte à goutte permanent) tous les médicaments susceptibles d'être résorbés par la muqueuse alvéolaire : gaz, liquides pulvérisés, aérosols, poudres, fumées, vaccins, sérums pulvérisés ou desséchés, etc.

La première réalisation pratique à envisager est celle du traitement urbain atmothérapique des tuberculeux. Le séjour nocturne des asthmatiques dans les atmosphères spéciales leur ferait mieux tolérer, le jour, comme les tuberculeux, celles des grandes villes.

Entre autres utilisations, les auteurs proposent l'application de leur méthode aux services de contagieux, aux asiles d'aliénés, aux stations thermales..., enfin au traitement des grandes dermatoses et de la syphilis.

La Presse

Traitement de la syphilis par les dérivés de la phényldichlorarsine

M. Mouneyrat a montré que l'arsénoxy naissant, obtenu par dissolution de la dichlorarsine dans une solution aqueuse bicarbonatée sodique, est toléré à des doses deux fois et demie plus élevées que le même arsénoxy préparé d'avance. Il a employé la dichlorarsine, 4.000M, correspondant à l'acide para-oxy-métaminophénylarsinique, à la dose maxima de 4 mgr. 5 par kilog, en injection intraveineuse. On commence par une injection de 10 centigrammes et l'on augmente rapidement les doses de 2 en 2 centigrammes ; les piqûres sont faites tous les jours ou tous les deux jours. Ayant atteint la dose maxima, on la répète tous les deux jours, jusqu'à un total de quinze injections, soit en tout 2 gr. 80 à 3 gr. 20 de 4.000M.

Le 4.000M. conclut l'auteur, est plus actif que les arsénobenzols ; il n'a causé aucun accident, ni crise nitritoïde, ni érythrodermie, ni aucun trouble grave quelconque. Les malades soumis au traitement augmentent de poids. (*Gazette Médicale de France*, 2e no de févr. 1944).

Action du sympathique pré et latéro-vertébral dans le mécanisme physiologique de la contraction utérine

Il résulte des recherches du Professeur agrégé Pigeaud (de Lyon) que l'action de ce sympathique parait peu marquée sur la tonicité et la contractilité du muscle utérin au cours du travail, pas plus que dans le domaine de la vaso-motricité. Par contre, le sympathique pré et latéro-vertébral semble constituer essentiellement la voie de la sensibilité spécifique de l'utérus parturient, voie transmettant aux centres supérieurs les sensations douloureuses spéciales qui accompagnent les contractions utérines du travail. Alors que la sensibilité banale de l'utérus au toucher dû à la piqûre persiste sans changement, le blocage anesthésique du sympathique lombaire supprime les douleurs de l'accouchement sans modifier de façon appréciable la progression de la dilatation du col. (*Revue franç. de gynécologie*, novembre 1943).

Comment combiner le drainage des cavernes à la thoracoplastie

Le Docteur H. Weber rappelle que la pratique du drainage des cavernes, suivant la méthode de Monaldi, ne permet pas toujours de prévoir le résultat que l'on obtiendra : certaines cavernes arrivent à une rétraction et un assèchement complets alors que d'autres, qui leur paraissent semblables, ne se rétractent pas définitivement malgré les mêmes conditions du traitement. Se basant sur l'expérience acquise au cours de 300 cas, cet auteur estime que de nombreux mécomptes du drainage ont obligé à rechercher un résultat définitif au moyen de la thoracoplastie. Inversement, après une thoracoplastie, le drainage se révèle comme une méthode efficace pour assécher les cavernes. Mieux vaudrait cependant, quand il s'agit de très grosses cavernes, commencer par le drainage et terminer par la thoracoplastie pour obtenir une guérison totale. (*Wien. Mediz. Wochens.*, 25 mars 1941).

G. F.



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

UN CAUCHEMAR
L'AVENIR DE LA PROFESSION MÉDICALE

C'était pendant l'horreur d'une profonde nuit, nuit d'épouvante, nuit de cauchemar !

La Profession médicale m'apparut en songe, sous les traits d'une femme, pâle, échevelée, fuyant, poursuivie, devant deux hideux spectres : la Fonctionnarisation et le Salariat. Un fantôme impuissant, l'Ordre des médecins, essayait, mais en vain, de leur barrer la route ; il ne pouvait franchir les obstacles qui se dressaient devant lui. La Profession médicale allait sombrer dans le plus abject des Prolétariats. Finie la Charte médicale élaborée par nos syndicats ! Fini le respect, plus que deux fois millénaire, du secret professionnel. Fini le libre choix du médecin et l'Entente directe du praticien avec le malade !

Finie la liberté de prescrire ! Le médecin devra obéir servilement au Maître qui lui assurera chichement sa subsistance.

Sur ce, je me réveillai et, chassant les obsessions de ce hideux cauchemar, je m'évertuai à en chercher les causes. Hanté toute ma vie par l'évolution fatale de la Profession médicale, je ne tardai pas à découvrir ces causes. Depuis quelques années, la médecine sociale, désirable en soi, est précipitamment appliquée, d'une façon désordonnée et même chaotique. Chaque jour, elle donne lieu à des lois, des décrets, des arrêtés, des circulaires, des règlements qui encombrent les colonnes de l'*Officiel*, et c'est à donner le cauchemar.

Tous les Ministères, toutes les Administrations, tous les Offices, toutes les organisations collectives (et Dieu sait combien on en a créé !) rentrent dans la danse. C'est à qui aura son service médical ! On prend exemple sur le service de santé militaire et, comme dans ce dernier, on exige l'obéissance passive. Cet asservissement est du goût de quelques-uns. Amis du moindre effort et fuyant les responsabilités, leur vie se déroulera évidemment médiocre, mais avec la possibilité, à la fin, d'une retraite. Cependant le plus grand nombre, partisans de la liberté, de l'activité, gémissent en voyant la profession qu'ils ont choisie perdre son caractère libéral.

L'Hôpital même devient une sorte d'Industrie hospitalière. Sous peu, ses médecins et chirurgiens, logés et employés à plein temps, n'auront rien à envier à leurs confrères des Hôpitaux psychiatriques, devenus de véritables fonctionnaires.

Les médecins soignants, et en particulier les médecins ruraux, assureront de multiples services à temps partiel, payés à l'heure comme les femmes de ménage ; les tarifs réduits seront honorés par l'Etat, les municipalités ou les collectivités et industries qui emploieront les praticiens.

Toutes les Administrations, depuis les chemins de fer, les P. T. T., jusqu'aux Prisons, ont ou auront leurs médecins. L'Etat devra contrôler les médecins d'usine, ceux qui soignent les accidents du travail et les réformés de guerre.

L'inspection médicale des Ecoles, la protection de la première enfance, l'Assistance médicale gratuite font de tous les médecins des employés des départements et des communes ; et la Mutualité envahissante absorbera sous peu tout ce qui restera indépendant.

L'Etat, par le Certificat prénuptial, par les consultations prénatales, par la protection de la première enfance, par l'inspection médicale des Ecoles, par le contrôle médical des Sports, de l'Ecole des cadres, par la Médecine du travail, etc., pénètrera, par le médecin ou son auxiliaire, l'assistante sociale, dans la vie intime de la famille et de l'individu.

Les vaccinations obligatoires et les déclarations des maladies transmissibles, qui seront suivies un jour de l'hospitalisation forcée, sans une éducation préalable du public, rendront souvent le médecin odieux.

Chargé de fonctions policières, il partagera l'impopularité de la police, car tous ne seront pas doués du tact et de la délicatesse indispensables pour faire tolérer ces fonctions indiscrètes.

Il s'en suivra la création d'une armée de nouveaux petits fonctionnaires ou demi-fonctionnaires dont la tâche sera bien plus administrative que médicale ou même sanitaire : Directeurs et Inspecteurs de la Santé et du Travail, médecins inspecteurs et Contrôleurs des Ecoles, des Ecoles de cadre, des Chantiers de jeunesse, des Sociétés sportives, de la première enfance, contrôleurs des Assurances sociales, de l'Assistance, médecins d'hôpitaux, de dispensaires, de preventoriums, de sanatoriums, médecins-conseils des Comités d'organisation et des familles professionnelles, assistantes sociales, etc., etc., etc...

Tout ce monde s'ingèrera fatalement dans le domaine du médecin traitant, qui lui-même fonctionnarisé en partie, devra passer la plus grande partie de son temps à rédiger des certificats, à remplir des fiches, à tenir une comptabilité compliquée avec les différents tarifs d'honoraires, à envoyer des états de statistiques en deux ou trois exemplaires, etc., etc.

Pour remédier à cette complexité, on a proposé de séparer la médecine sociale de la médecine de soins, la médecine sociale se bornant à la prophylaxie, comme si la médecine pouvait se diviser par compartiments étanches et si la prophylaxie ne sera pas à l'avenir, par les progrès de la science, confondue avec le traitement : la prophylaxie de la syphilis n'est-elle pas basée sur le seul traitement ?

Les médecins sont en partie responsables de cette sorte d'anarchie actuelle où se débat la profession médicale. Enclins à la critique, ils devraient se rendre compte qu'ils se livrent à une besogne purement négative et que, pour faire œuvre utile, ils devraient apporter une solution pratique toutes les fois qu'ils trouveraient à redire à une mesure qui leur porte tort.

Ils se conduisent comme le bon peuple de France qu'a chansonné Beaumarchais dans le *Mariage de Figaro* :

Qu'on l'opprime, il peste, il crie,
Il s'agite en cent façons
Tout finit par des chansons,
Tout finit par des chansons.

Le Gouvernement a supprimé les Syndicats médicaux et a confié à l'Ordre des médecins, la tâche d'organiser la profession médicale. Tout est à faire dans ce domaine ; pas de liaisons véritables entre les diverses organisations nouvelles. Il faut élaborer des conventions, des contrats entre les diverses collectivités, les diverses administrations qui ont créé, créent ou créeront des services médicaux. Il faut mettre un peu d'harmonie dans ce chaos.

C'est le rôle qu'a d'abord à remplir le médecin ;

s'il n'y parvient pas, il en sera responsable et pourra répéter avec Molière :

« Vous l'avez voulu, vous l'avez voulu, George Dandin, vous l'avez voulu. Cela vous sied fort bien et vous voilà ajusté comme il faut. Vous avez justement ce que vous méritez. »

J. Noir.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

ESSAI SUR LA RÉFORME DE LA MÉDECINE (1)

Parmi les nombreux ouvrages publiés durant ces dernières décades sur la réforme de la médecine (il faut croire qu'elle en a bien besoin), le récent essai du Docteur Nédelec doit prendre une place toute spéciale en raison du souci qu'il manifeste d'éviter tout discours moralisateur, de ne point se perdre dans les nuées d'une quelconque métaphysique politique, mais de proposer des solutions ayant leurs répercussions immédiates et tangibles sur la pratique quotidienne de la médecine. C'est à cela que se reconnaissent les vrais révolutionnaires (réformateur serait en l'espèce un mot trop doux), que ne contentent point de pures innovations verbales.

Par sa richesse un peu touffue, qui bien souvent déborde le plan que l'auteur s'est tracé, ce livre ne saurait se réduire à la brève analyse que nous nous proposons de lui consacrer et qui ne manquera pas de l'appauvrir. Un contact direct procurera à ceux qu'intéressent ces problèmes maints aperçus ingénieux, maintes réactions fructueuses dont le prisme de notre critique personnelle risque de les priver. Nous allons tenter seulement ici d'en résumer schématiquement les apports essentiels et de rechercher ce qui, à notre sens, doit en être retenu.

Critique de la situation actuelle

Selon la coutume immuable en ces genres de travaux, la partie critique qui sert de fondement à la construction doctrinale est particulièrement bien venue, et semble susceptible de recueillir un accord unanime. Notant le malaise qui s'est particulièrement révélé dans la profession médicale depuis 1940, l'auteur l'attribue à un désaccord croissant entre les principes de la Charte et la réalité de la vie sociale. Il nous faut faire un effort d'imagination pour nous réformer. C'est là le lot de notre génération. Cet effort a été tenté par trois grands courants d'opinion : les *traditionnalistes*, partisans d'une réforme morale par un ordre juridictionnel, les *syndicalistes* tournés avant tout vers les questions matérielles et de tarifs, et les *corporatistes* qui surenchérissent sur les deux tableaux. A ces derniers l'auteur reproche des prétentions excessives et la volonté d'édifier un système clos, refermé sur lui-même. Ces trois courants s'opposent unanimement à *l'étatisation*, régime peu souhaitable certes mais dont il ne faut pas rejeter en bloc tous les principes. L'Etat n'est point un être extérieur ou supérieur à nous ; il est ce que nous le faisons. Par ailleurs la médecine est un *service public*, non une profession commerciale, et la libre concurrence individualiste y a fait son temps. Mais il n'est pas douteux qu'il faille tendre vers une *auto-organisation*, dans un esprit *social* . en vue d'une meilleure médecine tant pour le malade que le médecin,

Quelles sont les causes de ce divorce entre la Charte et la vie ? La principale est le *renchérissement* de la médecine dû au progrès et à la complexité des techniques, aux circonstances actuelles aussi ; ce renchérissement est particulièrement net en matière hospitalière (publique ou privée). L'anarchie et la concurrence ne font qu'accroître encore les frais généraux de la médecine Parallèlement diminuent les capacités de paiement des clients. D'où la nécessité pour l'Etat de les grouper, ou pour eux-mêmes de se grouper librement. Ainsi naît *ce tiers* qui vient s'immiscer dans « le colloque singulier », s'informe des *honoraires*, fixe un prix, établit un *tarif à l'acte*, puis tend naturellement, avec l'aide de l'Etat à le rendre *limitatif*. Ainsi la rémunération du médecin *perd son caractère libéral d'* « *honoraire* », fixé en conscience par lui-même et accepté par son client. Elle dépend d'un nombre, d'une quantité elle est uniforme. *L'entente directe* n'est respectée que de manière symbolique ; seule une minorité de médecins privilégiée peut encore en fait la pratiquer. *Le tarif à l'acte* étendu même à la clientèle libre, *a commercialisé la médecine* qui a cessé d'être une profession libérale C'est en effet, selon l'auteur, *par le mode de rémunération que se caractérise le mode d exercice* d'une profession. C'est à sa réforme qu'il faut avant tout s'attacher.

Un nouveau mode de rémunération

Avant d'aborder ce qui est l'essentiel de sa réforme, l'auteur tient à préciser sa position à l'égard de l'assurance-maladie, qu'il appelle la *prévoyance collective* et dont il se déclare à juste titre un partisan convaincu. « Il est inconcevable, écrit-il, que la maladie soit une charge pour celui qu'elle touche ». Des réformes sont cependant nécessaire en ce domaine ; il faut *unifier* les divers régimes de prévoyance qui se chevauchent et s'opposent parfois bien inutilement, (A. M. G., assurés sociaux, A. T., art. 64, Mutualité, etc.), et les fondre dans une « *assurance sociale élargie* ». Cet organisme administrativement allégé, financièrement alimenté par des cotisations, serait animé au point de vue humain par les *Comités sociaux*, qui ont un rôle considérable à jouer en matière médicale. Recevant une part des bénéfices de l'entreprise, il leur appartient d'améliorer le niveau de vie des travailleurs et de les couvrir contre le risque de maladie. Leur tendance normale est de créer des organismes de soins. L'Ordre compte, pour barrer la route au salariat, sur ses pouvoirs en matière d'homologation des contrats, mais ce barrage sera rapidement débordé. Il faut étudier un *nouveau mode d'exercice*, de nouvelles conditions de *rémunération*, dans une médecine de type communautaire.

Du point de vue médical, l'auteur désire séparer l'acte de sa sanction tarifée. La rémunération du médecin doit consister selon lui en un *traitement de base fixe* augmenté d'une *part mobile* proportionnelle à l'activité et à l'importance de la fonction. Ce traitement est prélevé sur une *masse commune des honoraires médicaux* créée et gérée par la profession organisée (comportant bureaux locaux et régionaux administrés par des médecins à temps plein). Comment cette Caisse commune est-elle alimentée ? Par des rapports directs entre les Bureaux médicaux et les organismes de prévoyance collective. Partant de l'idée que le total des honoraires médicaux ne peut qu'être *proportionnel aux ressources réelles de ces organismes*, l'auteur prévoit qu'un *forfait global* serait périodiquement et conventionnellement déterminé sur la base de données actuarielles précises. Il propose quant à lui

(1) Par le Dr Nédelec, Séquana, éditeur.

un pourcentage de 25 à 30 %, le solde des fonds recueillis par la prévoyance collective devant servir à l'équipement sanitaire. Ce forfait devrait être calculé de façon à honorer avec une suffisante largesse le Corps médical, mais « l'appât d'un profit individuel illimité ne doit pas être l'unique garantie du caractère personnel de la profession ». Entre autres avantages ce système permettrait, espère l'auteur, une adaptation automatique des honoraires au coût de la vie auquel seraient liés, d'après lui, les salaires bases des cotisations de prévoyance. Les évènements actuels et passés infirment d'ailleurs complètement cette manière de voir.

La *répartition* de cette masse commune serait faite par le Corps médical lui même, après retenue des impôts, des fonds de prévoyance corporative et d'un fonds de réserve. La part mobile de la rémunération serait calculée sur la base d'une *nomenclature simplifiée*. Cette tache nouvelle conduirait la profession organisée à s'inquiéter du nombre et de la répartition des postes médicaux, de la valeur professionnelle de ses membres, de leur qualification, etc. La libre concurrence serait supprimée. Plus d'attitude figée sur des positions débordées, mais une évolution interne permettant une meilleure justice sociale. Il faut comprendre que les solutions dépendant de la bonne volonté individuelle sont dépassées. Mais les valeurs transcendantes de la médecine ne sont pas liées à un système économique et l'esprit de charité pourra toujours jouer dans les rapports personnels entre le médecin et le malade.

La critique détaillée de cette conception nous mènerait trop loin. Au fond le système proposé rappelle fortement le *régime alsacien lorrain* des Assurances sociales. Rappelons que ses bénéficiaires le considéraient comme très inférieur au régime de droit commun dont ils réclamaient la généralisation. En effet, loin de freiner la concurrence cette conception du « *gateau* » limité la rend plus âpre encore, chacun devant tailler sa part (et si possible la part du lion) aux dépens du voisin. Somme toute le Corps médical organisé devient l'*assureur* du risque maladie moyennant une prime fixe, tâche qu'il n'est nullement préparé à assumer et qui revient normalement aux organismes de prévoyance. On ne voit point pourquoi les honoraires médicaux seraient limités à une proportion *arbitrairement* choisie des ressources de ces organismes. C'est à ces derniers qu'il appartient d'adapter leurs ressources aux dépenses entraînées par le risque maladie (dans la mesure où ces dépenses sont légitimes et c'est pourquoi au reste existe un contrôle technique) L'auteur a prétendu appliquer ici — inconsciemment sans doute — la théorie économique générale du « fonds du salaire », universellement abandonnée aujourd'hui. Evitons de rééditer dans l'économie médicale les erreurs dont l'économie générale a réussi à se libérer.

Pourquoi enfin préférer au fonctionnarisme d'Etat le fonctionnarisme professionnel qu'on nous propose ? L'on voit bien ce que l'on y perd de prestige, de garantie de sécurité et d'impartialité, mais l'on mesure mal le gain réalisé. Par qui sera fixé le taux et l'échelle des traitements, qui déterminera la valeur professionnelle de chacun, comment seront répartis les postes ? Autant de questions sans embryon de réponses. Et pratiquement ne sont-ce pas là les points névralgiques de tout système planifié ?

En bref, le mode de rémunération qui prétend être la pierre philosophale de la réforme nous paraît cumuler à la fois les inconvénients du fonctionnarisme et de la concurrence commerciale. Nous retiendrons seulement la notion d'assurance maladie unifiée, la nécessité de rapports collectifs Corps médical-Assurance sociale, le rôle des Comités sociaux et la différence entre les honoraires et les tarifs. Ce sont là des idées qui ne sauraient au reste surprendre nos lecteurs.

Les cabinets de groupe

Avant d'exposer comment il conçoit la transformation de la médecine générale (problème généralement fort mal traité dans de tels plans de réforme, parce sans doute le plus difficile et le plus rebelle à la planification), l'auteur approfondit l'épineuse question des *dispensaires*. Il rappelle les théories syndicales qui entendaient limiter leur champ d'action au diagnostic, à le prévention, au contrôle, mais leur interdisait de traiter et les réservait aux seuls nécessiteux. Mais peut-on réellement séparer la prévention de la médecine de soins, la médecine collective de la médecine sociale ? L'auteur ne le croit pas. La médecine du travail sera obligatoirement appelée à utiliser des centres polyvalents. Il serait anormal qu'une médecine de cette qualité ne soit offerte que dans le domaine du travail et de la prévention. L'ouvrier qui en aura connu les bienfaits n'acceptera plus la médecine individualiste avec tarif à l'acte. La force même des choses nous pousse vers une *organisation uniforme* de la médecine. La solution est donc d'*ordonner ce qui est*, de faire entrer les dispensaires dans une organisation d'ensemble et d'y voir la *préfiguration des cabinets de groupe.*

Selon une méthode classique, l'auteur nous peint alors un frappant diptyque. Sur le premier volet nous reconnaissons le praticien actuel en théorie librement choisi (en fait combien rarement), offrant à son malade la possibilité d'un contact intime et personnel mais soumis à toutes les contraintes de la clientèle. Un appel urgent l'oblige à abandonner une consultation chargée ; bousculant ses horaires il accomplit un travail bâclé. Eternel maître Jacques, il est son propre comptable, son propre infirmier, son propre chauffeur. Privé de toute détente, d'une vie familiale normale, de loisirs suffisants, il vit sur son propre fonds de culture médicale et générale, qu'il ne peut ni renouveler ni enrichir. Dans un tel état de surmenage constant il poursuit une course sans fin vers le plus grand nombre possible d'actes tarifés. Or sa *profession est la plus difficile, la plus redoutable* : c'est vers lui que le malade va en premier. Tout dépend de sa formation professionnelle. Si l'on veut réellement réformer la médecine, il faut en premier lieu *réorganiser les méthodes de travail de l'omnipraticien*.

Dans toute agglomération de 10 à 15.000 habitants, des *cabinets de groupe* ou *centres de consultation*, installés dans des cliniques ou dispensaires désaffectés, grouperaient, coordonneraient les ressources en médecins et spécialistes. A tour de rôle les huit médecins du centre assureraient le service des consultations, le service des visites à domicile et le service d'urgence et de nuit (ce dernier étant confié aux plus jeunes, assumant d'autre part un rôle d'assistant). Au centre résiderait une infirmière permanente et deux secrétaires. Il serait doté de moyens de transport avec chauffeur. Dans les campagnes le centre pourrait être plus étoffé et comprendre une sage femme avec une maison maternelle, ainsi qu'une assistante sociale rurale.

Ainsi le médecin serait-il en mesure d'assurer son propre perfectionnement. Ainsi tomberait également la séparation factice entre la prévention et les soins.

Une expérience pourrait être tentée dans les départements sinistrés au moment de la reconstitution des « cabinets détruits ».

Il y a, à notre sens, beaucoup à prendre dans une telle conception qui se rapproche à de nombreux points de vue des associations entre médecins dont nous préconisons depuis longtemps la constitution. La forme individuelle d'exercice que nous connaissons encore actuellement apparaît de plus en plus dans le monde moderne comme un anachronisme. Il faut diviser les tâches, confier à des auxiliaires (infirmière, secrétaire, chauffeur) celles qui ne constituent pas la partie noble de la profession, libérer le médecin des nombreuses servitudes matérielles qui limitent par trop son efficacité et accroissent inutilement les frais généraux de la médecine libre. Cette organisation matérielle n'est possible que par la concentration, c'est-à-dire l'association. Mais il importe à notre sens que là s'arrête l'effort réformateur et que la personnalité du médecin ne s'efface pas derrière cet organisme matériel qui n'est après tout que secondaire. N'oublions pas que c'est à un médecin, non à un centre, qu'en dernière analyse le malade fait appel, car c'est à lui et non au centre qu'il donne sa confiance.

L'exercice de la chirurgie

L'exercice de la chirurgie dépend étroitement du régime de l'hospitalisation. L'auteur fait donc porter son étude sur les réformes dont ce régime a fait récemment l'objet. Selon lui cette réforme que l'on symbolise par la formule « l'hôpital toutes classes » risque de rester lettre morte parce que la solution adoptée n'est que partielle, administrative, qu'elle ne concerne que les hôpitaux publics. Or les conditions actuelles d'hospitalisation, tant au point de vue matériel que moral, et l'intérêt des médecins et chirurgiens, s'opposent à ce que les malades de toutes classes aillent dans les hôpitaux publics. Si dans les villes de Faculté l'on peut considérer que les cliniques ont perdu la partie devant les hôpitaux modernes (sauf pour une clientèle très aisée), en province, par contre, la clinique reprend ses droits, en raison de l'infériorité des conditions hospitalières publiques, et reste la principale source de revenus du chirurgien. Mais les maisons de santé sont régies par la loi du profit ; éparpillées, dispersées, se concurrençant les unes les autres, elles ne peuvent suivre le progrès technique. Elles seront un jour ou l'autre débordées.

La solution du problème de l'hospitalisation doit être *une*. Elle doit être cherchée dans une coordination sous une même autorité des hôpitaux et des cliniques. C'est non l'hôpital mais la « *maison de santé toutes classes* » qui doit constituer notre but. Pour cela il faut « *faire rentrer les cliniques dans le circuit hospitalier* », *transformer les conditions matérielles et morales d'hospitalisation dans les établissements publics* (disparition de la salle commune, perfectionnement du personnel infirmier), accorder aux chirurgiens, sur les fonds de la prévoyance collective, une large rémunération et transformer les méthodes de travail de la chirurgie.

Pour que cette réforme d'ensemble soit possible il faut réduire les obstacles qui s'y opposent, et ces obstacles résident avant tout *dans le mode de propriété actuelle des cliniques et hôpitaux privés. La propriété exclusive* des cliniques, établissements commerciaux, subordonne leur gestion leur amélioration technique à des questions de bénéfices. Quant aux communautés propriétaires d'hôpitaux, elles recherchent naturellement un développement de leur puissance. Ces questions sont secondaires devant la maladie, qui n'a pas à être « rentable » et ne doit pas être exploitée commercialement. De leur côté les groupements de clients cherchent pour se défendre à être eux aussi propriétaires exclusifs de leurs centres et de leurs chirurgiens. Si l'on veut unir, niveler par le haut, il faut transformer ce mode de propriété, en lui substituant une *propriété partagée* avec les organismes dépendant des fonds de prévoyance collective. Chaque centre sera mis en société, un certain nombre de parts étant réservées au propriétaire actuel — qui pourra cependant être exproprié entièrement (moyennant indemnité) si l'effort d'amélioration à fournir s'avère considérable. Les fonds nécessaires seront trouvés dans les caisses de l'Assurance sociale élargie, alimentée par les bénéfices des entreprises. Nous serons au reste après guerre dans une période de création de richesse, par suite des l'arrêt de fabrications de guerre.

Une telle réforme ne manque certes pas d'audace. Nous lui ferons un reproche, c'est de vouloir s'attaquer au très vaste et très général problème de la *transformation du droit de propriété*, sous l'angle étroit et spécial de la médecine. Il ne dépend point des médecins ou de leur profession de résoudre comme bon leur semble une question sociale aussi fondamentale que celle-ci. Tout dépend donc des conceptions potitiques qui régiront notre pays après guerre. Une chose peut cependant être considérée comme acquise dès maintenant, c'est que l'un des attributs essentiels du droit de propriété : le droit de gérer et d'administrer en dernier ressort doit être placé au rang des souvenirs. Une économie dirigée ne saurait se concevoir sans une limitation, une réglementation de plus en plus étroite de la souveraineté du propriétaire dans sa gestion. L'institution du Comité d'organisation des maisons de santé résoud donc en son principe le problème de la limitation de la gestion exclusive des hôpitaux privés. C'est dans cette direction qu'il faut chercher, en liaison avec la Santé publique, la solution du problème de l'unification, et non dans une expropriation financière partielle ou totale qui, sous couleur de combattre le pouvoir de l'argent, lui rendrait en réalité un nouvel hommage.



L'appropriation exclusive et individualiste des centres de soins une fois supprimée, *un nouveau statut du chirurgien* devient possible. Il faut en finir avec la chirurgie *solitaire*, supprimer la concurrence individuelle et faire des études raisonnées en vue de la *constitution d'équipes chirurgicales*. Au sein de cette équipe se recréerait l'esprit qui a formé et forme encore les jeunes chirurgiens dans les hôpitaux. Elle rendrait possible une nécessaire *spécialisation préférentielle* qui permettrait à chacun de ne pas outrepasser ses dons, de mettre au point des techniques nouvelles et de se perfectionner par des études, des recherches, des voyages en France ou à l'étranger. Cette *spécialisation* ne serait pas un appauvrissement : l'entretien de la multivalence serait rendu possible par les contacts et les liaisons à l'intérieur du groupe. Grâce à cette concentration pourraient être réalisés sans frais excessifs les travaux de secrétariat, de comptabilité, de bibliothèque, de fiches, etc. qu'il est très difficile à un chirurgien isolé d'accomplir actuellement. Un outil de travail excellent, avec assistants, anesthésistes, serait enfin à la disposition du chirurgien. Il faudrait prévoir des centres plus étoffés les uns que les autres, et la possibilité pour les chirurgiens de *changer de centres*, et l'on tiendrait compte pour cela de leur classement de départ au *concours régio-*

nal, et de leurs travaux personnels ? Que deviendrait le *libre choix* dans tout cela ? Exercé par un client incompétent et sans discernement, il doit être remplacé par un choix orienté vers le chirurgien reconnu par ses pairs comme le plus compétent. Défendre le libre choix du chirurgien par le médecin, c'est tout simplement défendre la dichotomie.

L'auteur souhaite qu'une expérience soit tentée par un accord réciproque entre chirurgiens. S'ils ne peuvent eux-mêmes faire tomber les exclusives qui les divisent, une décision autoritaire interviendra, et ce sera la *fonctionnarisation*. L'auteur au reste ne s'effraie pas du mot, persuadé qu'il est que, quel que soit le régime, de nombreux chirurgiens y rempliront très bien leurs fonctions.

Pour notre part. nous ne croyons point nécessaire d'envisager ici des solutions extrêmes. Les *associations de chirurgiens* auxquelles nous avons déjà consacré maints articles, et qui vont se développant chaque jour, sont parfaitement à même de résoudre, dans le cadre des conceptions juridiques actuelles, les problèmes que l'évolution sociale pose à la chirurgie. Si ce groupe spontané et électif ne peut posséder sa clinique, il peut parfaitement conclure des conventions avec les détenteurs actuels de cet indispensable instrument de travail. Si les dits détenteurs préféraient s'en tenir aux monopoles d'antan, une réglementation du droit de disposition exclusive par les organisations professionnelles sous le contrôle de la Santé publique, éviterait de délicates expropriations. Et l'on pourrait surtout faire l'économie d'un système administratif et hiérarchisé, où le chirurgien, fonctionnaire, en fait ou en droit (peu importe), devrait se préoccuper d'un avancement à l'ancienneté ou au choix !

CONCLUSIONS

Au fond, l'auteur, chirurgien, a trouvé dans un grand hôpital d'une ville de faculté, le climat qui lui semble le meilleur pour l'exercice de son art. Tout naturellement il veut l'étendre à la médecine entière. Mais les conditions qui permettent cette médecine de groupe à l'intérieur de l'hôpital ne sont plus réunies dans la pratique médicale courante. Il apparaît comme singulièrement artificiel de vouloir à toutes forces les recréer dans leur intégralité (nomination au concours, titres, grades, hiérarchie, traitement fixe, masse commune d'honoraires). Loin de vouloir généraliser une solution particulière dont l'importance ne fera que croître, certes, mais qui trouvera sa limite naturelle, il faut repenser la médecine dans son ensemble. Ce livre y aidera en ce qu'il pose le problème de l'économie médicale sous son aspect actuel, sans regrets ni nostalgie superflus, en ce qu'il montre au-delà des façades officielles la réalité sociale qui va d'un jour à l'autre se manifester sous son vrai visage. Loin de chercher à se cacher à lui-même, derrière le fantôme du colloque singulier, les communautés sociales qui sont les fondements de la médecine moderne, le corps médical doit les considérer face à face et établir avec elles des rapports étroits, confiants et réguliers. Il importe en effet qu'il soit dorénavant non plus seulement « rémunéré » mais encore « honoré » par elles, dans tous les sens du mot, comme il l'est aujourd'hui par ses clients. Il importe aussi qu'il se groupe, non plus seulement pour protester, se défendre ou se discipliner, mais encore et surtout pour l'exercice quotidien de sa profession. Groupons-nous donc et demain... la médecine libre sera sauvée !

J. M.

UN OMNI-PRATICIEN NE SERAIT-IL QU'UN « DEMI-MÉDECIN ? »

V. — De la multiplication éventuelle des spécialistes et des spécialités

Au théâtre des Bouffes Parisiens, on joue actuellement une pièce qui a pour titre : « *Les J. 3 ou la nouvelle école* » et pour sujet les jeunes gens non encore majeurs. Au Conseil national de l'Ordre, une autre est en répétition qui pourrait avoir pour titre : « *Les C. 2 ou la nouvelle médecine* » et qui a pour sujet — et pour bénéficiaires — les spécialistes. Si cette « nouvelle médecine » devenait officielle, il faudrait s'attendre à une prodigieuse efflorescence de médecins, abandonnant la pratique générale pour la spécialité, afin de toucher — non moins officiellement — des honoraires doubles.

Les conséquences ne se borneraient pas à cela. Non seulement on assisterait à une étrange multiplication des spécialistes, mais aussi des *spécialités*. Il y en avait déjà un certain nombre normales et justifiées : celles comprenant les chirurgiens (généraux ou spéciaux comme les gynécologues, les urologues, etc...) puis les ophtalmologistes, les O. R. L., les stomatologistes, les électro-radiologues, etc... Il en est d'autres déjà moins tranchées. telles que celles des phtisiologues, des psychiâtres, mais pouvant encore se justifier. Enfin, il en est d'autres commençant à se révéler, à chercher leur place au soleil thérapeutique, comme celles des cardiologues, des entérologues etc... celles-là entr'ouvrirent la porte par laquelle (avec la médecine en C. 2) ne tarderont pas à passer cent autres variétés plus ou moins... baroques.

C'est ainsi qu'on pourra voir apparaître, à la suite des cardiologues (pourquoi pas ?) les hépatologues, les hépatocardiologues (pour les foies cardiaques) les surrénalologues, les pancréatologues, les ratologues, etc... j'en passe et des meilleurs. J'exagère ? Voire ! Ecoutez plutôt...

En novembre dernier, alors que pour les travaux de révision de la Nomenclature je me rendais presque journellement au boulevard de Latour-Maubourg, je vis un jour, en arrivant sous la voûte d'entrée, une pancarte avec une flèche indiquant le corps de bâtiment au delà de la cour. Sur la pancarte, on lisait : « *Congrès des podologues* ». Sans doute, j'ai la plus grande considération pour des spécialistes dont les œillères ne leur permettent de considérer que le rez-de-chaussée du corps humain mais qui savent si bien soulager l'humanité souffrante... des pieds. Parmi ceux qui assistaient à ce congrès, il devait y avoir des « auxiliaires médicaux ». je présume. Pas tous néanmoins car je connais des confrères adonnés à ce genre de sport. Pour ces derniers, ainsi « spécialisés », j'avoue que ce n'est pas sans une certaine amertume que je les verrais réclamer le double des honoraires d'un vulgaire omnipraticien, lorsqu'ils auront gratté des cors ou des œils-de-perdrix.

On m'objectera que ceux là — et d'autres analogues — on ne les admettra pas parmi les « spécialistes qualifiés ». Ne seront donc pas considérés comme tels tous les chosalogues et mathimologues... Soit ! Mais où sera le critère d admission ? Pourquoi pas les hépatologues ni les ratologues à côté des cardiologues ou des phtisiologues. ou des entérologues.... ? Dans la classe des spécialistes va-t-on créer *deux sans classes* ; les spécialistes légitimes ou reconnus et les spécialistes batards, des spécialistes omnipraticiens, en quelque sorte, des

spécialistes chauve-souris : « je suis oiseau, voyez mes ailes, je suis souris, vivent les rats » comme disait notre bon La Fontaine.

On peut prévoir, néanmoins, que ces spécialistes de seconde classe ne s'en tiendront pas là. Ils feront des pieds et des mains — et cela se comprend — pour passer en première classe, en vue des honoraires doubles, ce qui ne manquera pas d'arriver avec le temps.

Et alors la majorité des médecins sera composée de spécialistes. Il ne restera plus qu'une minorité d'omnipraticiens, des « laissés pour compte » dans l'ascension générale des « classes médicales ». Mais, au fait, pourquoi les omnipraticiens ne formeraient-ils pas, à leur tour, une catégorie particulière de spécialistes en « omnipraticologie » ?... de cette façon, peu à peu, il n'y aurait plus qu'une seule classe de médecins — tout comme en cette année 1944. — Ce serait « l'éternel retour » de la roue qui tourne. ...

***

Il ne faut pas se le dissimuler « diviser le corps médical en cloisons étanches comme des cales de navires, ne serait qu'un simple retour en arrière, je ne nous savais pas aussi réactionnaires.

Depuis le consulat jusqu'à la Loi du 30 novembre 1892, il y avait en France deux classes de médecins : 1° les docteurs en médecine ; 2° les officiers de santé. Et cela n'était pas spécial aux médecins. C'est ainsi qu'il y avait des sages-femmes de 1re et de 2e classe. Bien que ces dernières n'existent plus, on voit toujours attirant l'œil à certains pignons, des plaques de « sage-femme de première classe ». Cela fait plus riche.

Sur les devantures de pharmacie, ne lit-on pas, de même, « Pharmacien de 1re classe » alors que, depuis longtemps, il n'en existe plus de seconde ? Là encore, cela fait plus riche....

Toutes ces classes, c'est du passé. Et l'on voudrait y revenir en ce qui concerne le Corps médical, comme si c'était l'étiquette qui constitue la valeur d'un médecin. Au fond, il y a là, je le constate tristement une simple question de gros sous. ... *Sursum corda !* confrères spécialistes du Conseil national de l'Ordre, ne profitez pas de votre majorité des deux tiers pour tenter de vous faire allouer officiellement des honoraires doubles. C'est un geste peu reluisant, croyez moi. Il n'est pas digne du poste suprême où vous ont placés les gros bataillons d'omnipraticiens qui ont, au premier degré, candidement élu des spécialistes — moins nombreux dans le département, donc plus connus. Leur ferez-vous regretter leur geste de confiance ?....

Dr Fernand Decourt.

P. S. — Une tentative de « ventilation » est déjà effectuée, parmi ces spécialistes, par le Ministère des Pensions, revenu à récipiscence après avoir décrété les honoraires doubles pour les « spécialistes qualifiés ». On a pu le voir dans le *Concours* du 11 décembre page 966. Les chirurgiens, les phtisiologues, dermatologues, psychiatres et médecins de stations thermales ne peuvent prétendre qu'aux honoraires des omnipraticiens.... Bien que ce soit précisément ce qui a lieu en matière d'accidents du travail ; cette descrimination sera-t-elle longtemps conservée ?...

F. D.

Nota bene. — L'article ci-dessus fut écrit avant la publication de la loi du 20 mars 1944 sur la qualification des podologues.

A TRAVERS L'OFFICIEL (*Suite*)

Délivrance des carnets de certificats médicaux

Les certificats médicaux seront détachés de carnets à souches comme il a été dit ci-dessus.

Ces carnets de certificats médicaux seront délivrés :

Aux médecins et aux Etablissements hospitaliers publics ou privés, par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Certificats médicaux délivrés par des médecins ou sages-femmes n'exerçant pas dans le département de la Seine.

Dans le cas où un consommateur présenterait à la mairie de son domicile un certificat médical délivré par un médecin exerçant dans un département autre que celui de la Seine, et qui, de ce fait, ne serait pas établi sur un imprimé réglementaire, la mairie devra inviter l'intéressé à présenter ce certificat au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris, où il lui sera remis, le cas échéant, un certificat médical réglementaire valable dans le département de la Seine, en échange du certificat médical délivré dans un autre département.

....

Validité des anciens certificats médicaux

Tous les certificats médicaux, à l'exception des certificats de grossesse, présentés avant le 1er mai 1944, quelle que soit leur durée de validité, seront périmés au plus tard le 30 juin 1944 et ne pourront donner droit à l'attribution de suppléments alimentaires pour le mois de juillet.

Toutes dispositions antérieures contraire à celles de la présente circulaire sont abrogées.

(*B. M. O.*, 26-4-1944.)

& ÉCHOS COMMENTAIRES

LE CORPS MÉDICAL PARLE AVEC LA MUTUALITÉ. — FISC ET ASSURANCES SOCIALES. — LE TIMBRE-CERTIFICAT SE PROPAGE. — ENCORE L'IMPÔT MÉTAL

Après des communiqués tout retentissants du fracas des armes et qui donnait à la vieille lutte entre le Corps médical et la Mutualité un regain de jeunesse, nous avions craint que les deux parties n'en viennent à « se replier sur des positions préparées à l'avance » et ne se satisfassent à nouveau de cette guerre d'usure qui ne connait ni vainqueur ni vaincu.

Une information officielle récente, que nous considérons pour notre part comme une bonne nouvelle, nous a heureusement appris que des négociations entre le Corps médical, incarné par le Conseil national, et les représentants de la Fédération française de la Mutualité, étaient enfin entreprises.

Quel est actuellement l'avancement des travaux ? Des conversations de cette sorte ne peuvent point, sous peine d'en compromettre le résultat, se dérouler sur la place publique. Elles ne vont point cependant sans susciter une certaine curiosité, fort légitime de la part de ceux qui auront plus tard à en subir les effets. Essayons d'apaiser les inquiétudes en disant qu'à notre connaissance l'on aurait pris pour base de travail les projets fort mesurés qui ont été exposés à maintes reprises ici-même ou ailleurs.

Une seule difficulté, mais de taille : comment concilier ces futurs accords avec la Doctrine si fraîchement replâtrée ? Les négociateurs comportent heureusement de subtils casuistes qui ont su trouver, paraît-il, avec les grands principes de la Charte les nécessaires aménage-

ments qui en respectent la lettre s'ils en trahissent l'esprit.

Ne dit-on pas par exemple que « l'entente directe », que le tarif préférentiel menaçait de réduire de principe à l'état d'exception, serait intégralement sauvegardée et même enrichie puisqu'elle deviendrait « l'entente directe collective » La question du « paiement direct » soulèverait encore quelques difficultés. Nous proposons quant à nous que le client mutualiste soit désormais considéré comme un tiers. Plus rien ne s'opposerait alors à la suppression définitive du tiers-payant !

Certes ces jongleries verbales ne sont point totalement dénuées d'agrément. Mais ne serait-il pas préférable de reconnaître une fois pour toutes que la « Charte » doit être repensée en sa totalité et que le ravalement des façades lézardées n'est point un travail digne de notre époque ?

***

On sait qu'en vertu du Code des impôts sur le revenu les Caisses d'assurances sociales sont tenues d'établir annuellement et de fournir au fisc un relevé récapitulatif par médecin des actes dispensés par lui aux assurés au cours de l'année, et du montant des sommes remboursées par la Caisse au titre de ces actes.

Bien que le montant des honoraires réellement perçus ne soit point porté sur ledit relevé, il n'en reste pas moins que cette pièce constitue pour le contrôleur un élément d'une grande importance pratique pour la détermination de l'activité et, par suite du revenu professionnel, de ses assujettis.

Au reste de telles déclarations, de telles possibilités de recoupement sont aujourd'hui choses fréquentes en raison du développement de la médecine comportant un « tiers-répondant » (A. M. G., soins aux pensionnés de guerre, assurances privées, chefs d'entreprise, etc.).

La déclaration des Caisses comporte cependant une particularité non négligeable et qui la différencie immédiatement de toutes les autres : *elle n'est point communiquée aux médecins*, lesquels sont pourtant en l'espèce les principaux intéressés. Certes, rien dans les textes légaux ou règlementaires n'est venu édicter une obligation de cette sorte à la charge des Caisses. Mais rien non plus n'oblige les Compagnies d'assurances à cette démarche courtoise dont elles ont cependant toutes pris l'habitude depuis déjà fort longtemps.

Il nous semblerait donc opportun que les Conseils départementaux, s'autorisant des rapports souvent excellents qu'ils entretiennent avec les Caisses de leurs régions (ou mieux encore les Commissions régionales) suggèrent aux Caisses ou à leurs Unions de bien vouloir établir une copie de plus de chaque relevé et de la faire tenir en temps utile aux praticiens intéressés.

D'autant que de tels relevés ne sont point à l'abri d'erreurs, lesquelles ne manqueraient point d'avoir des répercussions fâcheuses sur l'imposition du médecin ; une communication préalable permettrait parfois d'opportunes rectifications.

***

A l'exemple de ce qui se fit en Gironde, dans la Seine et autres départements, certain Conseil départemental de l'Ordre, piqué de noble émulation, vient d'émettre lui aussi « son » timbre-certificat.

Pour un montant de 400 francs, inclus dans la cotisation à l'Ordre élevée à cette occasion à 1.000 francs, nos confrères ont reçu 80 vignettes de 5 francs chacune.

Obligeamment on les avise que l'*emploi* du timbre-certificat n'est pas une obligation... Mais pourquoi leur rappelle-t-on, en termes exempts à la fois d'ambiguité et d'aménité, que la cotisation (soit 1.000 francs) « *demeure une obligation légale à laquelle aucun médecin inscrit au Tableau ne saurait se dérober sans s'exposer à des poursuites disciplinaires* ».

D'accord pour la cotisation elle-même... mais pour la fraction de cotisation constituée par la valeur des timbres, peut-on parler d'obligation ? Nous avons maintes fois répété le contraire, et le Conseil départemental de la Seine vient tout récemment encore de souscrire à ce point de vue.

L'art. 6 de la loi du 10 septembre 1942 dit que « *les Collèges départementaux peuvent créer tous organismes de solidarité intéressant les médecins et leurs familles...* » mais il ajoute que « la *création et le mode de gestion de ces organismes doivent être approuvés par le Conseil National de l'Ordre et que la participation des médecins à ces organismes ne peut être rendue obligatoire que par décret en Conseil d'Etat...* »

Notre Conseil a pensé que ce texte lui faisait un devoir moral, sinon une obligation, de créer des œuvres de solidarité corporative. Que n'a-t-il songé que ce même texte ne faisait aux médecins aucune obligation d'y adhérer ? Il se serait alors abstenu de faire figurer sur la vignette les mots « *Loi du* 10 *septembre* 1942, *art.* 6 », destinés à forcer la bourse des confrères, et qui, loin d'être une justification, sont une condamnation si l'on veut bien se reporter au texte que nous venons de citer. Adaptation libre ? Contresens ? Ne suspectons pas la bonne foi... L'erreur vaut cependant d'être soulignée.

* * *

L'inventeur de l'impôt-métal est vraisemblablement un homme heureux, qui habite le 7e ciel et que n'atteignent point les vicissitudes de notre misérable planète.

Du moins il faut lui souhaiter d'être cet heureux homme. Sinon l'on se verrait obligé de lui décompter les malfaçons de son texte et, au lieu de lui envier son euphorie, de lui reprocher son insanité.

On sait comment sont pressurés les ruraux et que le fisc leur réclame du cuivre par dizaine de kilos, comme s'il n'y avait qu'à se baisser pour en ramasser dans les allées du jardin.

Il y a plus extravagant encore : le fisc a taxé, en quantités analogues, les sinistrés et les évacués. C'est-à-dire que des gens qui ont tout perdu sont sommés d'apporter du cuivre, du métal ou du plomb. A moins qu'ils en aient bourré leurs poches (c'est une idée qui ne vient pas à tout le monde !) où veut-on qu'ils les prennent ? Où ce sera le recours forcé au marché noir, où bien ce sera l'amende qui est lourde.

L'Etat implore pour les malheureux la Solidarité nationale. Mais lui-même les détrousse sans vergogne. Est-ce bien le moment de fomenter de telles rancœurs ?

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

6028. — Majoration de rente

J'emploie actuellement dans ma Clinique, un employé qui a été victime d'un accident le 10 août 1929 et qui a été consolidé le 21 mai 1930 avec une incapacité permanente provisoire de 25 % qu'il a conservée. Sa rente se monte depuis cette date à 1.007 fr. 78, basée sur un salaire utile de 8.062 fr. 27 l'an.

Ce mutilé du travail a-t-il droit à un réajustement de rente ?

1° Si oui, sur quelles bases ?

2° A qui doit-il adresser une demande pour obtenir satisfaction ?

Dr G.

Réponse

Une loi du 3 avril 1942 consacre le droit à une majoration de rente pour toutes les victimes d'accidents

du travail ou leurs ayants-droit, dont la rente est inférieure à celle que le titulaire aurait obtenue par application de la loi du 1er juillet 1938, sur la base d'un salaire annuel de 15.000 francs. La majoration est égale à la différence entre la rente ainsi calculée et la rente réellement allouée.

Toutefois, aucune majoration n'est due à la victime d'un accident dont résulte une incapacité de travail inférieure à 20 %.

Votre client a droit manifestement au bénéfice de cette loi puisqu'il est titulaire d'une invalidité de 25 % et que la rente qui lui a été allouée a été calculée sur un salaire de base de 8.062 fr. seulement.

Sur la base d'un salaire annuel de 15.000 francs, et d'une incapacité de 25 %, il aurait droit à une rente de 1.875 francs par an. La majoration à laquelle il peut prétendre est donc égale à 1.875 francs moins la rente dont il bénéficie jusqu'à maintenant (1.007,78) soit 867 fr. 22.

Un décret du 28 octobre 1942 a déterminé les conditions d'application de la loi du 3 avril 1942. Suivant ce décret, les victimes qui désirent obtenir le bénéfice des dispositions de la loi du 3 avril 1942 doivent souscrire une déclaration conforme au modèle établi par le secrétaire d'Etat au Travail et fournir les pièces qui y sont énumérées. Ces déclarations sont adressées ensuite au secrétaire d'Etat au Travail qui liquide le montant des majorations sur le vu des déclarations souscrites et des pièces produites par les intéressés. Les majorations liquidées par le secrétaire d'Etat au Travail sont payées par la Caisse des Dépôts et Consignations chargée de la gestion financière du fonds des rentes.

Pour se procurer un modèle de déclaration à envoyer au secrétaire d'Etat au Travail, que votre client s'adresse à l'inspecteur du Travail de sa circonscription qui lui donnera toutes les précisions complémentaires nécessaires.

ASSURANCES SOCIALES

3997. — Honoraires médicaux à l'hôpital

Comme secrétaire général du Collège départemental et signataire de la Convention avec les Assurances sociales à clause de tarif maximum qui fut vivement attaquée par le *Concours*, je serais heureux d'être renseigné sur les modalités d'une Convention hôpital-Caisse. Nous devons en effet renouveler ou refuser de renouveler en fin d'année la Convention à tarif maximum qui n'était signée que pour six mois et nous voudrions lier à cette signature celle d'une convention Hôpital de X..., Caisses d'assurances sociales.

J'avais toujours cru qu'il était possible d'obtenir 4 francs par malade et par jour à forfait, ce dont nous jouissons actuellement et le paiement à l'acte pour la chirurgie et les spécialités avec un coefficient de 3 fr. 50 et 7 francs, par exemple, pour les prestations au-dessus ou au-dessous de K20.

La lettre ci-jointe émanant du Directeur de la Caisse primaire départementale et représentant du Consortium des Caisses semble infirmer cette manière de voir. L'indemnité perçue à l'hospice ne dépasse pas 550 francs par mois après vingt ans de service Nous serions d'ailleurs tout disposés à X... à abandonner cette indemnité dérisoire pour percevoir des honoraires convenables quand nous exécutons un acte chirurgical. Nous sommes payés à l'acte pour les accidents du travail et nous ne le serions pas pour les Assurances sociales. Le « Sou » pourra certainement nous renseigner à ce point de vue et nous l'en remercions à l'avance.

Dr L.

Réponse

La question des honoraires médicaux à l'hôpital en matière d'Assurances sociales se pose actuellement de la manière suivante :

Selon le tarif de réassurance établi par l'arrêté du 7 octobre 1928 et devenu, depuis la loi du 29 mai 1941, le tarif minimum des Caisses d'assurances sociales les honoraires médicaux dans les hôpitaux publics des villes autres que les centres d'enseignement, sont calculés de la façon suivante :

— Médecine : par journée d'hospitalisation : 4 francs

— Chirurgie : 4 francs par journée d'hospitalisation ou à l'intervention forfaitaire avec application du chiffre-clé de 3 fr. 50 et 7 francs au coefficient de la nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialité. Le chiffre-clé de 3 fr. 50 s'applique lorsque le coefficient est inférieur à 24, et le chiffre-clé de 7 francs s'applique lorsque le coefficient est égal ou supérieur à 24.

Il y a donc une option à exercer entre les deux régimes différents :

1° Celui du prix à la journée forfaitaire de médecine et de chirurgie.

2° Celui de la rémunération à l'acte évidemment bien préférable au premier en ce qui concerne la chirurgie et les spécialités.

Mais cette option ne dépend pas juridiquement du Corps médical hospitalier. Elle ne peut être exercée que par la Commission administrative hospitalière contractant avec la Caisse d'assurances sociales. Cependant le Corps médical a le droit d'avoir une préférence et de l'exprimer ; il peut, au reste, le faire d'autant plus facilement à l'heure actuelle que depuis le régime institué par la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943, il doit être institué, dans chaque hôpital, une Commission médicale consultative composée d'un délégué du Conseil de l'Ordre et d'un certain nombre de membres du Corps médical hospitalier lui-même. Cette Commission délibère en général, sur toutes les questions intéressant le fonctionnement médical et technique de l'établissement et ses avis, observations et vœux son transmis au Directeur de l'Hôpital qui en saisit la Commission administrative (art. 14).

Nous vous conseillerions donc de soumettre la question que vous nous posez à la Commission consultative médicale, et il n'est pas douteux que cette dernière ne prenne une décision conforme au deuxième terme de l'option, c'est-à-dire se range au système de la rémunération à l'acte. Dans cette hypothèse, la Commission administrative pourra s'en inspirer pour modifier les termes de la convention antérieurement conclue avec les Caisses par elle. Il en va d'autant plus ainsi, à notre sens, que le système de la rémunération à l'acte est le système de l'avenir. Vous n'ignorez sans doute pas, en effet, que d'après l'article 132 du décret du 27 avril 1943.

« Les honoraires dus aux médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux sont déterminés d'après les dispositions du présent article nonobstant toutes les dispositions antérieures contraires :

. . . .

II. Malades payants de la troisième catégorie assurés sociaux, etc... ; tarif comportant une nomenclature des actes et interventions fixé par arrêté du Secrétariat d'Etat à la Santé après entente avec le secrétaire d'Etat au Travail en ce qui concerne les assurés sociaux des professions industrielles et commerciales et le secrétaire d'Etat à l'Agriculture en ce qui concerne les assurés sociaux des professions agricoles. »

Ce tarif n'attend, pour être arrêté et promulgué qus les résultats des travaux relatifs à la Nomenclature dee actes professionnels, dont le cours est actuellement très avancé. Dès que cette nouvelle namenclature des Assurances sociales aura pu être mise sur pied, il y aurar lieu, nonobstant, toutes dispositions ou conventionsl antérieures contraires, de substituer définitivement le régime de la rémunération à l'acte au régime périmé et condamnable du forfait.

AUTOMOBILISME

1403. — Lubrifiant de la boîte de vitesse

Je possède un vélo-moteur Terrot. Depuis qu'il fait un peu froid, il m'est impossible de débrayer, de changer de vitesse. Quand je veux me mettre en première vitesse, je le fais péniblement et pour passer à la vitesse suivante, je suis obligé de couper tous les gaz et cela se fait toujours difficilement. Mon mécanicien m'assure que cet ennui est dû à ce que la graisse est gelée et coince le changement de vitesse. Il prétend que cela existe en hiver sur tous les vélo-moteurs et toutes les motos. Un de mes amis m'a dit qu'il peut m'arriver en essayant d'embrayer de cette façon, de briser les pignons. Y aurait-il moyen d'éviter cet inconvénient, par exemple en rendant la graisse plus fluide, en y ajoutant de l'huile ? Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis.

Dr C.

Réponse

Il est très probable en effet que c'est l'épaississement du lubrifiant de la boîte de vitesse qui vous rend difficile la manœuvre du changement de vitesse. Remplacez donc la graisse dont vous vous servez pour graisser cet organe simplement par de l'huile à moteur que vous choisirez aussi épaisse que possible et il est probable que tout ira mieux.

Il est nécessaire pour cela de démonter le carter de la boîte pour le purger complètement de la graisse qu'il contient. Apportez le plus grand soin, au remontage, à assurer l'étanchéité du joint.

Henri PETIT.

Demandes et Offres

N° 105. — A v. 8 daviers, clé Gareng, ouvre bouche. Seringue d'Anel. blépharost, aig. p. corps étrang. spéc. nez, 3 spéc. oreilles, 2 écart. Farab.

N° 106. — A v. poste U. V. Quartz transpar. état nf, lampe rech. fonctionn. cour. continu, 110 volts. S'adr. journal qui transm.

N° 107. — A v. Paravent de Thérapie Massiot 70 X 180, état nf. Crédence Gaiffe modèle ancien. Dr Tixidre, à Vierzon (Cher).

N° 108. — A v. Générateur radioth. à 2 bobines Ropiquet type 4 pour 40 cms d'étincelle, avec pont roulant, cuve à huile G. G. P., 1 turbine supplément. Appar. bon état fonctionnem. sauf ampoule usagée. Fournirait emball. Dr Barrier à Laval (Mayenne).

N° 109. — A céd. p. raison de fam. poste médec. glc avec ou sans appar. de radio Philips portatif état nf et voiture Simca 5 en bon état. Dr Bardet, à Artemare (Ain).

N° 110. — A céd. ou à déf. cherche remplaçant, cause décès, cabinet ophtalmol. S'adr. Mme Pantel, 22, rue d'Avéjan, à Alès (Gard).

N° 111. — A céd. en Bretagne, grosse client. rurale, seul médec. sur gr. ligne, proxim. mer.

N° 112. — A v. cause double empl. appar. U. V 220 volts courant continu. Dr Gourichon, à Jallais (Maine-et-Loire).

N° 113. — Doctoresse mariée 1 enf. ser. reconn. à confr. qui lui adresss. pers. de 40 a. sér. tr. activ. pouv. diriger son intér.

N° 114. — Matér. Radiodiagnostic, radiothér. et traitem. électr. à vend. au plus offrant, par suite décès. S'adr. Mme S. Roidot hôpital St Antoine, à Lille.

N° 115. — Cherche cab. spéc. dans le trait. des varices et hémorroïdes.

Gérant : J. MIGNON Imp. THIRON & CIE. Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : N° 3 — 44-2
N° d'autorisation : **77** et **Pa 692** N° au C. O. L. : **31.0044**






VALS
LA REINE

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE — Nos 22 et 23 — JEUDI 1er JUIN 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

379 à 381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — Le No 5 frs — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — M. AIMES, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique gynécologique, en remplacement de M. Lapeyre, transféré.

— **Conseil permanent d'hygiène sociale.** — Le Docteur ROUÈCHE, secrétaire général adjoint du Comité national de l'Enfance, a été nommé membre de la Commission Maternité et Enfance du Conseil permanent d'Hygiène sociale, en remplacement du Professeur Nobécourt, décédé.

— **Journées médicales d'information du Comité national des sports** (Paris, 22-25 juin 1944). — A ces journées seront présentés des rapports sur des questions médicales concernant les sports. Les adhésions aux Journées sont gratuites. Secrétariat : 55, Boulevard Haussmann, Paris (8e).

— **Dispensaires de vénéréologie.** — *Postes de médecins-chefs.* — Un concours sur titres sera ouvert le 10 juillet 1944 pour la nomination aux postes de médecins-chefs des dispensaires de vénéréologie de Beaumont-sur-Oise, Corbeil, Ermont, Mantes et Rambouillet. Inscriptions et dépôt des dossiers avant le 25 juin. Toutes indications seront fournies aux candidats à la Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris, 1, avenue Victoria.

Les médecins-chefs des dispensaires sus-indiqués reçoivent les vacations suivantes : 225 fr. à Ermont ; 250 fr. à Beaumont, Corbeil, Mantes et Rambouillet. Frais de déplacement remboursés.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. **120 fr.** | Etudiants..... **80 fr.**

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Patrick TOURNANT, quatrième fils du Docteur Pierre Tournant, de Compiègne ; d'Yves PENQUER, fils du Docteur Penquer, de Jussey (Haute-Saône) ; de Marie-Christine AYE, fille du Docteur Jean Aye, de Paris ; de Christine JAMAIN, troisième enfant du Docteur B. Jamain, de Paris ; d'Anita VIGNER, quatrième enfant du Docteur Antoine Vigner, de Quincy-sous-Sénart (S.-et-O.) ; de Marie-Christine DELVALLET, troisième enfant du Docteur Jean Delvallet, de Guines-en-Calaisis (P.-de-C.) ; d'Annick DESCHAMPS, fille du Docteur Marc Deschamps, de Lyon ; d'Olivier BALAZUC, troisième enfant du Docteur Jean Balazuc, de Paris ; de Patrick CHRÉTIEN, troisième enfant du Docteur Claude Chrétien, de Romorantin (L.-et-Ch.) ; de Marie-Claude PAPET, deuxième enfant du Docteur G. Papet, de Saint-Hilaire-des-Loges (Vendée) ; d'Olivier DUPUIS, deuxième enfant du Docteur Dupuis, de Saint-Germain-en-Coglès (I.-et-V.) ; de Pierre-Alain BARBRY, onzième enfant du Docteur Barbry, de Lille ; d'Arnaud LEHEC fils du Docteur Henri Lehec, de Saint-Aignan (Loir-et-Cher) ; de Marie-Edith HAGUIER, quatrième enfant du Docteur Haguier, d'Eu (Seine-Inf.) ; de Sabine-Jane FERRAND, second enfant du Docteur Pierre Ferrand, de Guéret (Creuse).

— **Mariages.** — Le Docteur Georges LE SEAC'H, des Sorinières (Loire-Inférieure), faire part de son mariage avec Mademoiselle Yvette HIMBERT.

— Le Docteur Louis Rogery, d'Antony (Seine), résidant à Mens (Isère), fait part du mariage de son fils, le Docteur Augustin ROGERY, médecin inspecteur départemental de la main-d'œuvre au ministère du Travail, en résidence à Annecy, avec Mademoiselle Thérèse FINET.

— **Nécrologie.** — Notre directeur, le Docteur Noir, vient d'être cruellement atteint par la mort de sa fille, Madame Chaudun.

Le Comité de direction du *Concours Médical* lui exprime ici son affectueuse sympathie ; il adresse ses condoléances émues à Monsieur Chaudun et à ses enfants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Auguste Girode, chirurgien de l'hôpital Laennec ; du Docteur Macaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin honoraire des hôpitaux ; du Docteur François Calot, de Berck-sur-Mer ; du Docteur André Couvreur, vice-président de la Société des Gens de Lettres ; du Docteur Victor Cordier, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux ; du Docteur Henri Guesdon, de Flers (Orne).

Mutualité Familiale

Conseil d'administration du 14 avril 1944

Présents : MM. Noir, président ; H. Mignon, O'Followell et Vimont, vice-présidents ; Lavalée secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Bayard, Boelle, Chevallier.

La séance est ouverte à 16 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général et le trésorier donnent ensuite lecture de leur rapport respectif à l'Assemblée générale et en font un court commentaire.

Les admissions provisoires publiées en janvier dernier n'ayant provoqué aucune protestation, sont déclarées définitives.

Après examen de chaque dossier le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes:

Azemar (Aude) ; Bellocq (Basses-Pyr.) ; Berthod (Isère) ; Boudin (Seine); Daguet (Doubs) Dazin (P.-de-C.) ; Deloulay (Indre) ; Dufays (Vaucluse) ; Galabru (Hérault) ; Lazare (Vaucluse); Maréchal (Vienne) ; Orsini (B.-du-R.) ; Renaudin (Marne) ; Sergent (I.-et-L.) ; Suuel (L.-et-G.).

Un échange de vues s'institue ensuite à propos du projet de Caisse-Maladie adressé aux médecins par le Conseil départemental de la Seine.

Par son aspect informe dont n'émergent un peu clairement que des restrictions prévues au droit à l'indemnité et la précarité du financement, ce projet appelle les plus expresses réserves et le Conseil d'Administration de la « Mutualité Familiale » regrette unanimement qu'un document de cette nature risque d'égarer l'esprit de prévoyance des médecins. Il estime devoir sonner l'alarme sans plus attendre et souhaite que les œuvres de prévoyance existantes soient consultées avant qu'une décision soit prise.

Diverses questions accessoires sont ensuite traitées.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général : G. Lavalée.

A propos des vaccinations

La question des vaccinations se pose très simplement : c'est un supplément de kilomètres à parcourir pour un service public. Il faut donc accorder à ceux qui en sont chargés un supplément d'essence. C'est au Conseil départemental de l'Ordre de formuler la demande. Pas d'essence, pas de vaccinations. C'est la logique même.

D'ailleurs si l'Etat veut les faire exécuter par des médecins fonctionnaires, il devra leur fournir du précieux carburant.

Quant aux secteurs trop chargés, il est facile de s'entendre entre confrères pour se partager la tâche.

Dr J. Gibert, père (Commentry.)

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil National

Au cours d'une conférence de presse tenue le 17 mai au siège du Conseil National le président Portes a, selon l'usage qu'il a institué, exposé le thème des délibérations de l'assemblée lors de sa dernière session.

Dans son allocution liminaire le président évoqua le souvenir de Serge Huard et, à l'approbation unanime du Conseil, rendit hommage à l'œuvre accomplie par le défunt.

Ensuite prenant texte de diverses attaques dont a été l'objet le secret professionnel ces temps derniers, il rappela que le secret constitue l'une des disciplines essentielles de la profession.

La première question portée à l'ordre du jour de la session était : les centres de diagnostic. La conception du Conseil est de faire de ceux-ci des instruments de travail à la disposition des praticiens. Les circonstances en rendent la réalisation à peu près impossible pour le moment.

Il s'agissait surtout pour le Conseil de prendre position afin, le moment venu, de mettre en œuvre un plan mûri et, en attendant, de veiller à ce qu'il ne s'en crée point qui échapperaient à la profession.

La récente législation hospitalière a fait l'objet d'une étude en vue de modifications à suggérer au ministère de la Santé.

Le Conseil National tint ensuite une séance en commun avec le Conseil des Sages-femmes. Celles-ci sont actuellement pourvues d'un Conseil National, présidé par le professeur Couvelaire, lequel a désigné les membres des Conseils départementaux. La séance commune examine les conditions dans lesquelles les sages-femmes doivent être appelées à participer au fonctionnement des assurances sociales, en éliminant tout sujet de concurrence avec les médecins.

La question fiscale fit l'objet d'un rapport du Docteur Hollier. Celui-ci a rassemblé des documents concernant le forfait, l'abattement pour frais professionnels et montré au Conseil la différence flagrante qui existe d'un contrôleur à l'autre. Une documentation précise et étendue permettra de procéder à d'utiles échanges de vues avec les Finances qui s'y prêtent volontiers.

Le Conseil, perfectionnant son organisation administrative, mit sur pied un règlement intérieur de l'Ordre s'appliquant au Conseil National, aux conseils départementaux, aux comités de coordination et aux conseils régionaux. Les paragraphes concernant ces derniers devront recevoir l'approbation du Conseil d'Etat.

En ce qui concerne la retraite le ministère du Travail accepte la création d'une caisse autonome et la possibilité pour celle-ci de traiter avec les organismes professionnels de prévoyance déjà existants et des organismes privés d'assurances. Il a renforcé le contrôle. La loi créant la Caisse autonome doit paraître très prochainement.

Des réunions ont eu lieu entre représentants de la profession et délégués de la Mutualité. Une Commission permanente est créée et des possibilités d'entente apparaissent.

La qualification des spécialistes pose deux questions différentes. Dans l'avenir il faut qu'intervienne l'Education nationale et la Commission de réforme des études médicales. En ce qui concerne les situations acquises le Conseil a envoyé des instructions aux Conseils départementaux : ceux-ci auront pour chaque spécialiste à établir un dossier et formuler un avis. Le Conseil National prendra une décision pour chaque cas particulier.

Enfin la médecine de mines a fait l'objet d'un rapport du Docteur Berche qui fut adopté à l'unanimité par l'assemblée : le principe est admis que la médecine des mines doit s'aligner sur la législation des assurances sociales.

La médecine d'entreprise devra veiller à respecter la séparation de régime entre la médecine de prévention et la médecine de soins,

Tel fut, en un rapide raccourci, l'ordre du jour de la session de mai du Conseil National.

G. L.

Comité de coordination des Conseils de l'Ordre de la Région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils de la Région parisienne s'est réuni le 30 avril 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Docteur LARGET.

La plus grande partie de la séance a été consacrée aux problèmes soulevés dans la Région parisienne par l'application de l'article 4 — relatif aux honoraires — de la convention passée en avril 1942 entre l'Union des Caisses et les Conseils départementaux de l'Ordre. Au cours d'une réunion de la Commission paritaire Union des Caisses — Ordre des médecins, tenue le 27 avril 1944, les représentants des Caisses se sont plaints qu'un certain nombre de médecins, chirurgiens et spécialistes, oublieux des dispositions de l'article 4 de la convention, demandent aux assurés sociaux des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima fixés par l'Ordre. Ils ont demandé aux représentants du Corps médical que les Conseils de l'Ordre, selon les engagements pris, interviennent auprès de ces médecins pour les inviter à se conformer aux stipulations de la Convention et au besoin pour sanctionner les infractions à ces stipulations. Après un long débat, le Comité de coordination, animé par un désir d'entente, a décidé de donner satisfaction dans leur ensemble aux demandes des Caisses.

A la suite de ce débat, les rapports des Conseils de l'Ordre avec les sociétés de Secours mutuels de la Région parisienne ont été évoqués. Le vœu a été émis que les tractations avec ces sociétés s'inspirent des mêmes principes que ceux adoptés pour les Caisses d'assurances sociales.

Le Comité de coordination s'est ensuite préoccupé de l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur la réforme hospitalière dans la Région parisienne et notamment de la fixation des honoraires pour les malades payants des 3e, 2e et 1re catégories. Sur la suggestion du Comité de coordination, le directeur de la Santé de la Région de Paris a bien voulu créer une Commission consultative tripartite chargée d'examiner ces questions. Les Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre ont été priés de nommer au plus tôt leurs représentants à cette Commission qui doit se réunir très prochainement.

La fin de la séance a été consacrée à la coordination désirable des services des diverses administrations en matière de consultations prénatales, et aux résultats de l'enquête du Comité de coordination sur le fonctionnement parfois défectueux de la médecine du travail dans la Région parisienne. (*Communiqué.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Loi du 24 avril 1944 élevant le plafond des salaires en matière d'Assurances sociales

Art. 1er. — A l'article 1er (§ 2, 1er alinéa, 1°) du décret-loi du 28 octobre 1935 concernant les Assurances sociales. modifié par le décret-loi du 14 juin 1938 et par la loi du 6 janvier 1942 relative à l'admission au bénéfice des Assurances sociales, le chiffre de « 42.000 fr. » est remplacé par celui de « 48.000 fr. »

Art. 2. — Le présent décret aura effet à compter du 1er janvier 1944 en ce qui concerne les travailleurs immatriculés dans l'assurance à la date du 31 décembre 1943 et à partir du 1er avril 1944 pour les autres bénéficiaires.

Art. 3. — Les dispositions de la loi du 3 août 1943 portant modification de l'article 35 (§ 10) du décret-loi du 28 octobre 1935 sont ou restent applicables :

1° Aux travailleurs qui, non précédemment immatriculés en raison de leur rénumération annuelle ou radiés à compter du 1er janvier 1944, bénéficiaient à cette date d'un régime d'assurance vieillesse et invalidité leur garantissant des prestations reconnues équivalentes à celles du régime des Assurances sociales et éventuellement complétées, conformément aux prescriptions dudit article 35 (§ 10).

2° Aux travailleurs antérieurement admis à demeurer pour tout ou partie des risques sous leur régime particulier en application du même article.

(*J. O.*, 26 avril.)

Lutte contre la tuberculose

Décret du 17 avril 1944 créant des médecins consultants régionaux de phtisiologie

Art. 1er. — Dans chaque région sanitaire, un médecin consultant de phtisiologie est chargé d'animer, de coordonner et de contrôler la lutte contre la tuberculose.

Art. 2. — Le médecin consultant est le conseiller technique du directeur régional en ce qui concerne la lutte antituberculeuse.

Il est nommé par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé, sur proposition de la Commission de la tuberculose du Conseil permanent d'hyiène sociale et choisi parmi les médecins phtisiologues particulièrement compétents et qualifiés par leurs titres et travaux scientifiques.

Art. 2. — Les médecins consultants régionaux reçoivent pour leurs frais de déplacements une indemnité forfaitaire annuelle dont le montant sera déterminé, compte tenu de l'étendue de la région dont ils sont chargés par un arrêté conjoint du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et du ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Art. 4. — Dans le cadre de la région à laquelle ils sont affectés, les médecins consultants de phtisiologie ont le contrôle technique de toutes les organisations publiques ou privées participant à la lutte contre la tuberculose. Ils exercent ce contrôle sur les services hospitaliers spécialisés, les dispensaires antituberculeux, les établissements de cure ou de prévention tels que sanatoriums, préventoriums et colonies sanitaires.

Art. 5. — Les médecins consultants régionaux de phtisiologie ont sous leur dépendance technique les médecins chargés de la lutte antituberculeuse dans les départements de leur région.

Art. 6. — Les médecins consultants adressent chaque année au ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, dans le courant du mois de décembre, un rapport détaillé sur le personnel médical, les organismes de dépistage et les établissements de prévention, de cure ou de traitement de la région dont ils ont le contrôle.

Art. 7. — Les médecins consultants de phtisiologie se réunissent au secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille au minimum une fois par an et, en outre, chaque fois que le ministre secrétaire d'Etat l'estime nécessaire.

Au cours de leur réunion annuelle ils élaborent, sur le fonctionnement de la lutte antituberculeuse, un rapport d'ensemble contenant, également leurs observations et leurs suggestions. Ce rapport est soumis au ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

(*J. O.*, 29 avril).

Récupération des films radiographiques hors d'usage

Décision du directeur de la section de récupération et de mobilisation de l'Office central de répartition des produits industriels du 28 avril 1944.

(Extraits)

Art. 1er. — Il est interdit de jeter, brûler ou détruire les films radiographiques hors d'usage.

Sont considérés comme films radiographiques hors d'usage les films usagés datant de plus de cinq ans, les films vierges détériorés ou périmés, les déchets de ces mêmes films.

Art. 2. — Toute personne physique ou morale, collectivité ou administration publique détenant des films radiographiques hors d'usage est tenue de les préserver et de les remettre ou céder aux seules entreprises désignées à l'article 3 ci-dessous.

Toutefois, pourront être conservés dans les archives ou dossiers les films radiographiques impressionnés présentant un intérêt scientifique ou médical incontestable.

Art 3. — Sont seules autorisées à procéder à l'achat de films radiographiques hors d'usage les entreprises pratiquant habituellement le ramassage de ces films dans les conditions requises par la législation en vigueur, notamment par le décret-loi du 9 septembre 1939. Ces entreprises devront être recensées par le C. O. G. I. R. E. C. qui leur délivrera une carte professionnelle.

En cas de besoin, le directeur de la section de récupération, en application de l'article 11 de la loi du 15 janvier 1943 et en accord avec le C. O. G. I. R. E. C., peut désigner les entreprises auxquelles les films radiographiques hors d'usage seront livrés.

....

(*J. O.*, 3 mai.).

Sages-femmes

Loi du 24 *avril* 1944 *modifiant les art.* 1, 2, 3, 4, 5, 6 *et* 10 *de la loi du* 17 *mai* 1943 *sur le régime d'études des sages-femmes.*

(*J. O.*, 27 avril.).

○ ○

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La retraite du médecin : Réponse a quelques objections. — La vaccination a la campagne. — Timbre-certificat et certificats médicaux réglementaires. — Les exactions de l'impôt-métal. — Marché noir et instruments médicaux.

A la suite des articles et échos que nous avons récemment consacrés au problème de la retraite, par lesquels nous demandions que l'allocation de la période transitoire tienne compte des besoins et des ressources de chaque bénéficiaire, nous avons reçu quelques objections qui méritent qu'on s'attache à les réfuter.

En bref on nous reproche de vouloir récompenser l'imprévoyant et de pénaliser en contre-partie ceux qui ont pu, grâce à leur travail et leur économie, assurer leurs vieux jours. Un tel reproche ne saurait laisser insensibles ceux qui comme nous-mêmes ont fait depuis longtemps campagne en faveur de la prévoyance au sein du Corps médical.

Mais c'est là, à notre sens, mal poser le problème. La stricte raison, la stricte justice voudraient en effet que l'on réservât aux seuls médecins cotisants la pension de retraite que l'on se propose de constituer dans l'avenir, et que le montant de cette retraite, fruit d'une épargne encore future, ne dépendit que du total des cotisations versées. On pourrait sur ces bases s'opposer à toute « humanisation » des règles actuarielles et financières, et laisser jouer le mécanisme sûr, mais aveugle, et lent de la capitalisation.

Voir la suite des Echos page XIII-303

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES INCLUSIONS PROTOPLASMIQUES DU GLOBULE ROUGE

Par C. ALBAHARY,
assistant d'hématologie de l'Institut d'Hygiène industrielle

Lorsque l'érythroblaste mûrit, il perd progressivement la basophilie diffuse de son cytoplasme qui se charge d'hémoglobine ; la chromatine du noyau, auparavant fine et diffuse, s'agglomère en grosses mottes noirâtres juxtaposées ; à un moment donné, le noyau disparaît : il ne s'agit pas à proprement parler d'une expulsion pure et simple ; il ne s'agit pas davantage d'une dissolution intra-cytoplasmique intégrale. Le noyau s'abstrait par un mécanisme complexe, fait à la fois d'atrophie, de pycnose et de caryolyse, c'est-à-dire de dissolution de la chromatine ; les débris nucléaires dégénèrent, cessent de se colorer dans la cellule et s'expulsent ; ce dernier phénomène doit être d'ailleurs sous la dépendance d'un facteur purement physique.

C'est ainsi qu'on aboutit à l'hématie adulte qui n'est qu'un cytoplasme sensiblement homogène, hémoglobinifère et par là même transporteur d'oxygène. Hormis cette fonction, fondamentale certes, l'hématie doit être considérée comme une cellule hyperspécialisée, sans activité propre, presqu'en sénescence et de survie éphémère.

Dans certaines conditions, le cytoplasme du globule rouge présente des inclusions. Ces inclusions peuvent occasionnellement offrir quelques ressemblances morphologiques qui méritent qu'on les étudie, étant données les différences importantes de leur nature et de leur signification.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les *nucléoïdes* de PÉTRONE, artéfacts plus que probables, les *diplosomes* de WEIDENREICH ou *images* de SCHROTTER ; nous exclurons aussi les inclusions parasitaires comme celles d'hématozoaires, pour nous limiter à l'étude et à l'interprétation des débris nucléaires, des états basophiles et des corps de HEINZ.

Les débris nucléaires.

Leur aspect de beaucoup le plus classique a été décrit par JOLLY. Il s'agit de formations de taille variable qui tranchent par leur teinte foncée, la même que celle du noyau au seuil de la pycnose, sur le fond clair de l'hémoglobine. On en trouve habituellement une à deux, rarement davantage et presque toujours de volume inégal.

Théoriquement, il n'en existe pas dans le sang périphérique, pas plus que d'hématie nucléée. Même dans la moëlle osseuse où l'érythroblaste est une cellule normale, les corps de JOLLY sont assez rares, ce qui laisse supposer que physiologiquement, la transition entre l'érythroblaste orthochromophile et l'érythrocyte est particulièrement brève. Au cours des syndromes anémiques, les corps de JOLLY s'observent plus souvent dans la moëlle et dans le sang. On dit couramment qu'ils sont la preuve d'une régénération sanguine hâtive ; il est au moins aussi logique d'admettre qu'ils sont un résidu nucléaire insolite, témoin d'une altération cellulaire qui a ralenti et troublé le processus de maturation de l'élément.

Un fait vient appuyer cette conception : les corps de JOLLY sont nettement plus fréquents dans les mégalocytes de l'anémie pernicieuse. Or, un des caractères particuliers à la ligne rouge primordiale, dont le mégalocyte est le terme ultime, c'est le déséquilibre entre la maturation précoce du cytoplasme et la très lente évolution régressive du noyau.

Les *poussières nucléaires* ne sont que des corps de JOLLY multiples et de fort petite dimension. Elles sont plus rares, ont la même signification. Il faut se garder de les confondre avec les ponctuations basophiles, ce qui est généralement facile du fait que ces poussières se colorent en rouge au May-Grunwald-Giemsa.

Quant aux *corps annulaires de Cabot*, ils sont franchement exceptionnels. Ils sont constitués par une sorte de filament, de même teinte que les autres débris nucléaires quoiqu'un peu plus pâle, qui revêt suivant les étalements des aspects variés : annulaire simplement, ou en huit, en hélice, etc... On les interprète comme un reste de la paroi nucléaire après caryolyse. On les attribue classiquement aux leucémies et à l'anémie de BIERMER. Nous en avons personnellement observé, à l'occasion d'examens systématiques, sans rapport avec une anomalie particulière de la formule sanguine.

Les états basophiles.

Les trois états basophiles : polychromasie, réticulocytose et ponctuation basophile ont été l'objet de travaux multiples tendant à établir leur identité. Il ne nous est pas possible de reprendre par le détail les divers arguments à l'appui desquels certains ont fusionné ces trois états ou deux seulement, d'autres les ont séparés, certains ont parlé de tests de régénération sanguine, d'autres d'éléments plus ou moins pathologiques.

Quoi qu'il en soit, disons d'abord qu'ils reconnaissent une même origine cytoplasmique et qu'ils sont fait d'une même substance acide qui est précisément la raison de leur basophilie. Il n'est pas justifié d'admettre qu'on puisse passer de l'un à l'autre par simple modification technique de coloration. Autrement dit, la disparition de la substance basophile en cause, dif-

fuse et homogène ou en réticulum, ou en ponctuation, ne dépend pas de nos moyens.

1° Les *hématies polychromatophiles* se discernent suffisamment par les colorations usuelles après fixation. Elles sont de constatation banale au cours des anémies, tant au niveau du sang que de la moëlle osseuse.

Il est un peu abusif de décrire la polychromasie, qui est essentiellement diffuse, comme une inclusion protoplasmique, mais il serait véritablement illogique de la dissocier des autres états basophiles auxquels un grand nombre d'auteurs l'assimilent encore. N'a-t-on pas dit, en outre, qu'il existe toutes les formes de transition entre le très fin piqueté qu'elle serait et les granulations apparentes des hématies ponctuées ! Ehrlich en faisait un test de dégénérescence anémique. On admet actuellement qu'il s'agit d'une figure de réparation un peu hâtive, d'un état paraphysiologique secondaire à l'anémie et qui doit la compenser. La basophilie témoigne d'un certain degré de jeunesse cellulaire subsistant anormalement après la disparition du noyau. Il n'est pas prouvé que le but cherché soit atteint, c'est-à-dire celui de précipiter la maturation cellulaire en vue d'affecter plus rapidement le jeune érythrocyte à un rôle classique de transporteur d'oxygène, car il présente moins d'hémoglobine et il est plus fragile et plus éphémère. D'ailleurs, y a-t-il un but recherché ? et la polychromasie n'est-elle pas elle-même le résultat d'une altération préalable, médullaire, de sa cellule-mère, si légère soit-elle, qui en trouble le devenir ?

Les *réticulocytes* ne sont autres que les hématies granulo-filamenteuses ou réticulo-filamenteuses ou granulocytes d'autres auteurs. Le terme de Krumbhaar mérite de subsister seul parce qu'il ne peut prêter à confusion. L'inclusion qui les singularise revêt l'allure d'un fin réticulum ou se dispose en granulations épaisses, irrégulières par leur aspect et leur situation, ce qui les différencie des ponctuations basophiles. Elles s'en distinguent surtout, en ce qu'elles nécessitent, pour les mettre en évidence, qu'on recourre à une coloration post-vitale. Colorations vitale et post-vitale se pratiquent bien entendu sans fixation. Pour la première, on doit employer un colorant basique extrêmement dilué, tandis que le colorant utilisé dans la seconde est en solution relativement concentrée.

La réticulocytose, assez élevée avant la naissance (10-15 %), diminue brusquement ensuite et varie de 1 à 2 % chez l'adulte. Son taux dans la moëlle osseuse est nettement plus élevé. Il s'accentue encore, ainsi que dans le sang, au cours d'affections assez diverses, spécialement des anémies et surtout des formes en cours de réparation sous l'effet de certains traitements comme l'hépatothérapie. La transfusion, par contre, en abaisserait le pourcentage.

Le réticulocyte diffère du polychromatophile, car sa basophilie est partielle et *labile*. Elle est labile en ce sens qu'elle est séparée intégralement du reste du cytoplasme, comme le prouvent certaines réactions spécifiques, sous l'effet d'une coloration qui n'entraîne pas de lésion irréversible du cytoplasme (Dustin Jr.). Son interprétation classique s'en rapproche pourtant beaucoup : on le considère comme la traduction d'une activité insolite de la moëlle osseuse, lançant dans la circulation des éléments immaturés.

Les *hématies ponctuées* à la différence des deux figures précédentes sont véritablement des éléments pathologiques.

Contrairement à ce qu'on en dit souvent, on peut les considérer comme un stigmate spécifique de l'intoxication saturnine et éventuellement d'intoxications par les métaux lourds voisins (bismuth, mercure, thallium...), sauf de très rares exceptions. Telle est du moins une de nos conclusions d'un récent travail d'ensemble ayant trait à l'hématie ponctuée (1).

Il s'agit plus d'une ponctuation que d'une granulation. Elle est d'habitude fine, régulière et assez nombreuse. Elle s'observe après fixation et coloration basique banale, plus proche en cela de la polychromasie que de la réticulocytose. Nous l'interprétons comme un résidu de la basophilie stable et diffuse qui caractérise l'érythroblaste, sorte de précipitation irréversible de protéines acides dont le métabolisme normal aura été troublé par le toxique. Nous avons démontré expérimentalement l'origine médullaire de l'hématie ponctuée, ce qui cadre parfaitement avec l'origine médullaire des deux autres états basophiles. Nous avons enfin tenté d'élucider les rapports qui doivent exister entre la ponctuation et la *coproporphyrinurie* qui trouve aussi sa source dans la moëlle osseuse et qui est l'autre stigmate précoce et fondamental du saturnisme, s'il n'est pas non plus strictement spécifique.

Ainsi, les trois états basophiles que nous avons décrits succinctement ont des analogies certaines. C'est, avant tout, la nature chimique identique de la substance acide qui les caractérise. C'est également la même qu'on retrouve dans l'érythroblaste dont ils sont issus. Cette analogie ne peut permettre de conclure à une identité.

Les corps de Heinz.

Ce sont des organites tout à fait différents, mais d'origine également cytoplasmique. Ils ont été découverts dans les hématies du lapin intoxiqué par l'acide phényl-hydrazine. On les recherchera surtout au cours des intoxications méthémoglobinisantes (colorants d'aniline, chlorate de potasse et de soude, sulfamides) ; notons aussi que d'autres intoxications comme celle à la colchicine peuvent en former et que toutes les affections méthémoglobinisantes ne peuvent être mises en cause.

Il s'agit de petites enclaves régulières et arrondies, le plus souvent uniques, par hématie, de situation presque toujours très excentrique,

(1) L'hématie ponctuée et la basophilie cytoplasmique. Travaux Inst. Nat. d'hygiène, 1944.

déformant à l'occasion la circonférence du globule. Elles ont à peu près le volume d'une granulation de polynucléaire éosinophile. Elles prennent facilement les colorants basiques et tout spécialement le bleu de Nil par la méthode supravitale. Ce qui les distingue tout à fait des états basophiles que nous avons décrits plus haut, c'est qu'après fixation, les corps de Heinz deviennent acidophiles. Cette basophilie, en somme, n'a plus les caractères des basophilies embryonnaires et n'en reconnaît donc pas la substance. En outre, il n'est pas probable que ces formations aient une origine médullaire comme les précédentes. Elles apparaissent de préférence dans les globules rouges adultes et semblent formées, dit Dustin Jr., à partir de l'hémoglobine aux dépens de la globine dénaturée. Il semble donc bien que les corps de Heinz expriment véritablement une lésion de l'hématie sous l'action directe du toxique dans le sang circulant.

Telles sont les différentes inclusions qu'on peut avoir l'occasion de rencontrer dans les hématies. Il est utile de les connaître parce qu'elles traduisent des altérations variées, tantôt du noyau, tantôt du cytoplasme, tantôt de la cellule jeune, tantôt de la cellule adulte. Chacune présente une signification particulière, ce qui montre la complexité d'un élément aussi simple en apparence que le globule rouge dont nous ignorons encore, il faut bien le reconnaître, le mode précis de la maturation.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

LE SYSTÈME NERVEUX EN PATHOLOGIE RÉNALE

D'après J. Reilly et ses Collaborateurs (1)

Son rôle ne reste pas limité à la production de troubles fonctionnels. S'il en était ainsi, il ne mériterait d'être invoqué qu'en face de perturbations passagères, représentées par certaines variétés d'albuminuries ou par les modifications urinaires constatées au cours de l'hypertension paroxystique, ou encore par les observations exceptionnelles d'anurie réflexe, d'azotémie consécutive à des lésions centrales, d'hématurie d'origine vaso-motrice.

Mais l'action du système nerveux se révèle capable de donner naissance tout d'abord à des néphropathies, secondairement à des néphrites caractérisées.

Il y a quelques dix années, le hasard d'une expérience montra à J. Reilly l'étendue des lésions qu'une irritation violente du système neuro-végétatif, sur lequel s'est fixée une toxine injectée dans le torrent circulatoire, est capable d'infliger aux endothéliums vasculaires ; dépassant le cadre des troubles fonctionnels, un dérèglement nerveux parvient ainsi à compromettre la vitalité des éléments constitutionnels du rein, tout particulièrement disposés à subir ces fâcheuses répercussions, et cela pour la raison suivante. Du fait que le premier acte de la sécrétion urinaire s'effectue au sein d'un immense réseau capillaire et que, bien plus, les artères qui en émanent assurent l'irrigation et la nutrition des tubes contournés, tout dommage infligé par voie nerveuse aux endothéliums doit profondément troubler la fonction rénale et altérer secondairement le parenchyme. L'expérimentation confirma que toute irritation brutale ou prolongée des plexus rénaux pouvait déterminer non seulement de graves troubles de la perméabilité rénale, mais encore des altérations parenchymateuses aboutissant à la *glomérulo-néphrite subaiguë*. Claude Bernard, dès 1858, n'avait-il pas signalé la production d'hématuries, lorsque la section du splanchnique est précédée de tractions exercées sur ce nerf ? Les physiologistes ont établi également la réalité d'albuminuries consécutives à une action sur le plancher du IVe ventricule, le bulbe, la protubérance, les corps opto-striés, la moelle cervico-dorsale.

Enfin, l'expérimentation a démontré ces derniers temps que les symptômes imputables à une excitation nerveuse ne consistaient pas seulement en l'apparition d'une albuminurie passagère et plus rarement en l'émission d'urines sanglantes. En variant l'espèce animale, le choix de l'irritant et son lieu d'introduction, il est possible de réaliser selon les cas :

1° des néphropathies albumineuses simples d'une durée de quelques jours, et qui affectent parfois un caractère intermittent ; 2° des néphropathies hématuriques simples ; 3° des azotémies aiguës ; 4° des œdèmes imputables à la rétention chlorée, quand on chlorure simultanément l'animal. Du point de vue anatomique, ces troubles sont essentiellement liés à des *altérations vasculaires et glomérulaires*, une altération des capillaires glomérulaires modifiant inéluctablement le régime circulatoire des tubes contournés, et aboutissant notamment à une diminution de la sécrétion de l'eau.

Dans la pratique, on a pu constater également l'existence d'albuminuries au cours des hémorragies cérébrales ou méningées, des traumatismes craniocérébraux, des interventions sur la base du cerveau, des crises épileptiques. Chez un malade de P. Abrami on vit une rachi-anesthésie pour appendicite à chaud être suivie d'hématurie, d'anurie complète, puis d'une néphrite albumineuse et œdémateuse. Sans parler des traumatismes de la région rénale, qui peuvent exercer une propre action destructive du parenchyme en plus de lésions nerveuses — rappelons l'observation de Santy ; elle concerne un blessé, chez qui une balle, logée au niveau du rénal gauche, provoquait des hématuries et chez lequel l'ablation du rein révéla la présence d'une néphrite interstitielle diffuse. Un malade de Rollet et Colrat était atteint de crises d'épilepsie jacksonienne, d'hypertension artérielle et de symptômes de néphrite azotémique ; tous ces accidents régressèrent après l'ablation d'un méningiome.

A côté des faits semblables, où sont intéressés soit les centres supérieurs, soit les plexus rénaux, il est des observations plus fréquentes de néphropathies ou de néphrites, dont les conditions d'apparition, les modalités évolutives, les symptômes concomitants, rendent plausibles l'intervention d'un simple déséquilibre vaso-moteur. Parmi eux, la néphrite sérique (Tzanck), manifestation d'intolérance rénale (avec albuminurie, parfois hématurie, oligurie, azotémie) ; sa brusquerie d'apparition, sa guérison ordinairement rapide, sa coexistence avec d'autres accidents, tels que l'urticaire, les arthralgies, sont autant de phénomènes fort évocateurs, quand on connaît le rôle des perturbations vago-sympathiques dans le déclen-

(1) J. Reilly, A. Compagnon, A. Laporte et H. du Buit. — Un volume, chez *Masson, éditeur, Paris*, (1942).

chement des phénomènes de choc. Il en est de même des glomérulo-néphrites allergiques, dont la production dépend de l'action d'un virus, d'une toxine, d'un poison sur la régulation nerveuse. Certaines néphrites azotémiques de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, du choléra, des purpuras aigus d'origine infectieuse, résultent d'une irritation et d'une imprégnation, que produisent les toxines spécifiques sur les centres neuro-végétatifs, plexus rénaux, nerfs splanchniques.

Enfin, les néphrites pharyngées, si fréquemment observées par les pédiatres, pourraient résulter d'une irritation des plexus nerveux du pharynx, de même que de l'irritation des formations sympathiques dans les territoires les plus variés seraient susceptibles d'apporter non seulement des modifications transitoires du fonctionnmeent rénal, mais encore des néphropathies azotémiques et chlorurémiques, voire même des néphrites évoluant vers la chronicité, lorsque les sujets présentent un déséquilibre endocrino-sympathique.

Or, la rapidité d'apparition de l'albuminurie ou de l'hématurie (symptôme le plus caractéristique) après une angine pultacée ou même érythémateuse ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'une importante résorption de poisons microbiens ; elle paraît, au contraire, la conséquence d'un transfert à distance d'actions nerveuses, qui prennent naissance au niveau des plexus de l'oro-pharynx.

Cependant la muqueuse pharyngée n'est point la seule dont l'irritation puisse, par ce même mécanisme, troubler le fonctionnement rénal ; l'injection chez le cobaye de substance nocive dans la muqueuse utérine amène aussi des désordres vasculaires dans le foie et les reins. Cette constatation permettrait d'interpréter la brusque et transitoire ascension de l'azotémie, que l'on voit parfois survenir à la suite d'un avortement thérapeutique. Tout tissu particulièrement riche en terminaisons neuro-végétatives (la peau, par exemple, dans ses érosions, dans la gale) et sensitives, et dont l'irritation provoquera dès lors la libération d'acétylcholine, d'histamine et de substances médiatrices encore inconnues se prêtera aux mêmes observations.

Maintenant qu'il est possible d'invoquer un trouble de la régulation nerveuse à l'origine de certaines glomérulo-néphrites, doit-on admettre un dérèglement continu de l'influx nerveux entre le moment où un sujet présente les premiers signes d'une atteinte rénale à la suite d'une réaction d'intolérance, d'une intoxication, d'une infection naso-pharyngée, d'un trouble hormonal ou endocrinien et celui, trois, dix, vingt ans plus tard, où il succombera, soit dans l'azotémie, soit au cours d'accidents hypertensifs ? Il semble que non : pour être décisive, l'intervention du système nerveux n'exige pas de se poursuivre indéfiniment ; son rôle essentiel consiste en la libération du médiateur, au point où il subit une lente irritation — muqueuse pharyngée par exemple — médiateur qui, transmis selon toute vraisemblance par la voie humorale, impressionne l'organe effecteur de vaso-constriction rénale. Sur la raison de cette électivité, sur son apparition seulement sur certains sujets, nous ignorons tout ; mais ce que nous savons c'est qu'une fois constitué, l'état de spasme artériel n'a nul besoin de persister pour que se maintienne l'ischémie ; les lésions qu'il a créées se chargent de l'entretenir quelques semaines, et parfois quelques jours suffisent pour transformer les capillaires embryonnaires des glomérules, les combler, ne laissant que çà et là quelques anses perméables. Dans cette évolution implacable de la dépuration rénale, qui conduira le malade à l'urémie, il faut savoir faire la part des lésions directement imputables au système nerveux, et de celles qui sont liées à la structure ou aux réactions du parenchyme, dont il ne porte que la responsabilité lointaine.

Au point de vue thérapeutique, la diététique est incapable d'enrayer pareille évolution morbide. Et puisque le spasme non seulement précède l'atteinte glomérulaire, mais la détermine à bref délai, sans lui survivre indéfiniment chez tous les malades, toute intervention chirurgicale sur le système nerveux ne représente plus, à moins d'être très précoce, à l'époque où l'hypertonie du sympathique rénal est seule en cause, qu'une opération palliative pour combattre l'ischémie et ses conséquences ; grâce à la dilatation, dont est suivie toute sympathicectomie, elle permet l'accroissement du débit sanguin à travers les anses vasculaires encore perméables ; elle facilite, par-là même, dans une certaine mesure, la nutrition des tubes sécréteurs et du tissu interstitiel, et éloigne d'autant l'échéance des accidents urémiques ou hypertensifs. Mais, comme il est impossible à la chirurgie d'agir dans le délai très court, où seul intervient l'élément fonctionnel (à un moment où nul ne prendrait la décision de l'acte opératoire), le traitement de l'avenir devra s'orienter vers les sympatholytiques de synthèse, quand nous disposerons de produits aisément maniables, et cela dès l'apparition des premiers symptômes. Nous pourrons espérer ainsi prévenir le développement des glomérulo-néphrites, en réduisant l'œdème des parois capillaires, cause première de tout le mal.

G. FISCHER.

L'ORGANISATION DE L'ANESTHÉSIE

Par J. LAVOINE

L'enseignement de l'anesthésie

Toute anesthésie est une intoxication qui comporte un risque pour la vie humaine. Ce risque est sérieusement diminué par l'expérience, la compétence de celui qui administre l'anesthésique. C'est pourquoi nous sommes tous convaincus de la nécessité de former de bons anesthésistes.

Il est inadmissible qu'une infirmière, un étudiant puisse donner ses premières anesthésies sans avoir reçu un enseignement théorique et sans avoir près de lui un anesthésiste expérimenté pour le guider. Pendant trop longtemps, on s'est contenté de dire aux débutants : « Versez 150 grammes d'éther dans l'appareil d'Ombrédanne que vous appliquerez sur la face du malade. Vous monterez l'index-aiguille régulièrement, progressivement, jusqu'à ce que votre malade dorme. A ce moment, vous n'aurez qu'à redescendre lentement l'index jusqu'au chiffre 3. Et c'est tout ». Il y a mieux à faire. Il est absolument indispensable d'organiser l'enseignement de l'anesthésie pour ne la confier qu'à des anesthésistes de carrière.

Cet enseignement doit être théorique et pratique ;
Théorique à la Faculté de médecine,
Pratique à la salle d'opération.

L'anesthésie est, de toutes les spécialités reconnues, la seule qui ne soit pas enseignée dans les Facultés de médecine de France.

En attendant d'avoir, comme à Oxford, une chaire d'anesthésie, ne pourrait-on pas s'organiser, grouper quelques bonnes volontés, quelques compétences, pour établir un programme détaillé de toutes les questions concernant cette spécialité ? Il nous suffirait après cela d'aller solliciter l'appui de nos maîtres,

Admis par le Ministère de la Santé Publique

LYSOTHIAZOL

(640 M)

2 (paraaminophénylsulfamido) thiazol aluminique

INDICATIONS: Colibacilloses — Blennorragie — Infections urinaires — Streptococcies — Staphylococcies

COMPRIMES à 0 gr. 56 de LYSOTHIAZOL

Établissements MOUNEYRAT, 12, rue du Chemin-Vert, à **VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine)**



A cinq mois, sa première bouillie

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine lactée **diastasée** SALVY permet dès le 5e mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones éminemment digestible et bien assimilable.

La farine lactée **diastasée** SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

FARINE* *Préparé par* BANANIA
LACTEE DIASTASÉE

SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

Maladies du Foie et des Voies biliaires

PANBILINE

Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation

RECTOPANBILINE

Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence

HÉMOPANBILINE

Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

de leur demander de bien vouloir traiter devant nous les questions auxquelles ils s'intéressent particulièrement.

Au professeur de physiologie, à ses agrégés, reviendraient toutes les leçons concernant la respiration, la circulation, le rôle de l'oxygène, du gaz carbonique, etc... Le professeur de pharmacologie étudierait devant nous les anesthésiques, les drogues employées pour la prénarcose, celles que l'on administre pour lutter contre le choc, la dépression respiratoire, circulatoire. Aux chirurgiens qui pratiquent beaucoup l'anesthésie locale, nous demanderons de traiter cette question. D'autres qui s'intéressent tout particulièrement à la maladie opératoire nous feront profiter de leurs connaissances, de leur expérience. Enfin, certains anesthésistes feront quelques cours sur les signes et stades d'anesthésie, sur les différentes techniques connues, sur les narcoses par voie rectale, intra-veineuse, rachidienne.

Je suis bien certain que pas un de nos maîtres ne nous refuserait son concours et que tous ceux que nous solliciterions se feraient un devoir de nous aider une fois de plus et de traiter pour nous, anesthésistes, les questions de leur spécialité se rapportant à l'anesthésie.

En organisant cet enseignement théorique, la Faculté aiderait l'anesthésie à se développer et encouragerait les médecins à s'y intéresser.

L'enseignement pratique, pour les médecins qui auraient suivi les cours théoriques, se ferait à l'hôpital. Dans chaque centre hospitalier, un anesthésiste s'efforcerait en quelques leçons de faire bénéficier les élèves de son expérience sur le choix de l'anesthésique, la prophylaxie, le traitement des incidents et accidents qui peuvent survenir au cours de la narcose. Et, dans chaque service, les étudiants feraient leurs premières anesthésies sous la direction de l'anesthésiste qui, n'ayant que deux élèves en même temps, pourrait s'occuper d'eux sérieusement. Ceux-ci apprendraient en quelques mois ce que nous n'avons acquis qu'après de longues années. Chacun d'eux non seulement s'occuperait de son malade avant et après l'anesthésie, mais encore le suivrait après de façon à pouvoir dépister et traiter, si elles se présentaient, toutes les complications post-anesthésiques qui pourraient survenir.

Cet enseignement théorique et pratique encouragerait les médecins à s'intéresser à cette spécialité. En Amérique, comme en Angleterre, le nombre des médecins anesthésistes s'est augmenté rapidement à partir du jour où l'anesthésie, reconnue indispensable, a été enseignée.

Si nous voulons avoir de bons anesthésistes, il faut s'organiser.

Il ne suffit pas de vouloir : il faut agir.

(*A suivre*).

BRUCELLOSES ANIMALES ET BRUCELLOSES HUMAINES

La Société de pathologie comparée a consacré sa séance solennelle annuelle de décembre 1943 à l'étude des brucelloses animales et humaines. D'intéressants rapports ont été présentés : par M. le Professeur Berthelon, sur la prophylaxie des brucelloses animales ; par M. Rossi, sur l'épidémiologie des brucelloses ; par M. Janbon, sur les formes cliniques des brucelloses humaines.

La prophylaxie des brucelloses, en pratique vétérinaire, comporte trois méthodes : la vaccination, la prémunition et l'application des mesures sanitaires rationnelles. La vaccination au moyen de cultures tuées par la chaleur (thermo-vaccin) ou par des antiseptiques (chimio-vaccin) n'a donné que des résultats très insuffisants. La prémunition, au moyen de culture vivante de *brucella suis* avirulente (méthode de Dubois) ou au moyen de culture vivante d'une *brucella abortus* avirulente (méthode de Catton), fait baisser de façon très appréciable le taux des avortements dans les élevages, mais ne supprime pas totalement les avortements, ses effets étant d'ailleurs bien meilleurs quand les mesures d'hygiène sont appliquées conjointement.

M. Berthelon conclut que l'application des mesures sanitaires rationnelles, en éliminant les causes de l'infection des animaux indemnes, est actuellement la seule méthode susceptible de faire disparaître la maladie dans un élevage. Pratiquement, si, dans un effectif, peu de sujets sont atteints, il faut les éliminer au plus tôt ; si un assez grand nombre d'animaux sont infectés, l'élimination sera progressive, pour rester économique ; si enfin, la brucellose est très répandue, il convient de s'adresser à la prémunition.

***

Cliniquement, chez l'homme, les trois variétés bactériologiques de brucelloses ne se distinguent guère que par une fréquence plus ou moins grande des formes sévères, l'échelle de gravité croissante étant la suivante : Brucella abortus bovis, Br. melitensis, Br. abortus suis.

M. Janbon présente ainsi le tableau clinique des brucelloses humaines. Il faut distinguer :

1° Les *brucelloses aiguës*, qui sont très rares, avec une forme maligne et une forme curable ;

2° Les *brucelloses fébriles ondulantes*, type le plus connu : c'est la fièvre ondulante sudoro-algique, qui évolue en deux à six mois et se termine par la guérison, les risques étant représentés par les infections intercurrentes et principalement la tuberculose (5 p. 100 des cas). Les formes ambulatoires sont assez communes. A signaler deux aspects rares : la typhose mélitococcique et la forme ganglionnaire ;

3° Les *brucelloses ostéo-articulaires*, aiguës et chroniques, simulant souvent la tuberculose (pseudo-coxalgie, pseudo-tumeur blanche, mal de Pott mélitococcique de Rimbaud et Lamarque), dont le pronostic est bon, à condition que ne soient pratiquées ni immobilisation plâtrée, ni intervention chirurgicale ;

4° Les *neuro-brucelloses* dont les aspects les mieux caractérisés sont : la sciatique, les psychoses, la méningite chronique à type encéphalique (syndrome de Rimbaud-Janbon) ou myélo-radiculaire (syndrome de Roger) ;

5° Les *brucelloses chroniques*, qui peuvent succéder à une fièvre ondulante, ou se traduire par une reprise fébrile tardive, ou être chroniques d'emblée. La carence fréquente des moyens de diagnostic de laboratoire, en pareil cas, rend le diagnostic souvent difficile ;

6° Les *brucelloses inapparentes*, décelées seulement par les examens de laboratoire (séro-diagnostic de Wright, intra-dermo-réaction à la mélitine de Burnet).

Au point de vue thérapeutique, M. Janbon accorde la préférence à l'antigénothérapie spécifique, sous couvert de l'appréciation préalable du degré de l'allergie cutanée. Le procédé le plus recommandable lui paraît être la vaccinothérapie intra-veineuse. La chimiothérapie a des indications restreintes.

P. L.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Mécanisme de l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la paralysie générale

(MM. C. LEVADITI et H. NOURY ; 25-1-1944)

Dans le traitement de la maladie de Bayle, par analogie avec la malariathérapie, certains auteurs ont préconisé l'emploi de l'infection récurrentielle, à *spirochæta duttoni* en particulier. Les résultats obtenus, quoique inférieurs à ceux du traitement malarique, ont été néanmoins, dans l'ensemble, assez encourageants.

La récurrentothérapie peut offrir de l'intérêt à un autre point de vue. Elle a permis à MM. Levaditi et Noury d'étudier le mécanisme de l'action exercée dans la paralysie générale par la malaria ou l'infection récurrentielle. Deux hypothèses ont été formulées à ce sujet. La première accorde au *plasmodium malariæ* ou au spirille récurrentiel un effet antagoniste à l'égard du *treponema pallidum* : le virus de l'infection ajoutée détruirait alors le tréponème. Dans la seconde hypothèse, l'effet de la malaria ou de la récurrentothérapie se résumerait en une pyrétothérapie. Ne pouvant expérimenter avec le *plasmodium malariæ*, MM. Levaditi et Noury se sont adressés au *Sp. duttoni*. Chez la souris, animal réceptif à la tréponémose et à la septicémie récurrentielle, ils ont vu que les germes des deux maladies vivaient dans l'organisme en symbiose parfaite pendant une longue période de temps. Ces données expérimentales autorisent à éliminer l'hypothèse d'une action antagoniste entre les deux virus et incitent à conclure à un effet simplement pyrétogène de la récurrentothérapie, et vraisemblablement de la malariathérapie.

— M. Georges GUILLAIN remarque que la question apparaît plus complexe. Les hyperthermies provoquées par d'autres méthodes ont, cliniquement, une action très inférieure à celle de la malariathérapie.

— M. Henri CLAUDE, envisageant le traitement de la paralysie générale par la malaria ou la récurrentothérapie, donne la préférence à la malariathérapie. Le traitement par la récurrente doit demeurer une méthode d'exception, en raison de ses résultats moins réguliers et de ses inconvénients.

Recherches sur le taux de l'hémoglobine chez l'enfant sain. Travail de l'année 1943

(M. Alain BAREAU. — Présentation par M. RIBADEAU-DUMAS ; 25-1-1944)

A la lumière de ce travail, l'auteur conclut qu'en dépit de la limitation actuelle de certains aliments riches en fer (jaune d'œuf, viande de bœuf, noisettes, etc.), l'enfant semble avoir conservé un taux d'hémoglobine sensiblement égal à celui qu'il présentait avant la période des restrictions.

On peut supposer que, pour l'enfant sain, la part importante des légumes verts (produits contenant une quantité appréciable de fer), dans son alimentation, et les réserves de fer de son organisme ont réussi jusqu'à présent à maintenir presque intact le taux de l'hémoglobine.

Une forme atypique de psychose périodique

(M. A. BARBÉ ; 25-1-1944)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sarcomes consécutifs à des traitements par radiumpuncture

(M. G. GRICOUROFF (Fondation Curie). — Rapport de M. ROUX-BERGER ; 10-11-1943)

M. Gricouroff rapporte quatre cas de sarcomes de la langue chez des malades traités par radiumpuncture pour tumeur épithéliale de cet organe. L'auteur pense que le sarcome a été provoqué par la radiumpuncture. L'expérimentation sur l'animal a montré, d'ailleurs, que l'introduction de foyers radio-actifs dans les tissus pouvait donner des sarcomes au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années. L'évolution de ces radio-sarcomes est maligne.

De tels faits sont heureusement assez rares pour que la radium-puncture continue à être utilisée dans le traitement de certains cancers, du cancer de la langue en particulier, dont elle est la thérapeutique de choix, à condition de la compléter par un évidement prophylactique des régions ganglionnaires.

Retenir aussi de ces observations qu'en présence d'une « récidive » tardive d'un épithélioma traité par radiumpuncture, il convient de vérifier par une biopsie s'il ne s'agit pas de radio-sarcome, ce dernier étant justiciable non des irradiations mais de la chirurgie.

Absence congénitale de vagin. Néo-vagin par la méthode autoplastique

(MM. André SICARD, André GERMAIN, et Marthe LAMY ; 24-11-1943)

La création d'un néo-vagin par la méthode autoplastique, plus bénigne que le procédé de Baldwin, puisqu'elle n'entraîne pas d'intervention abdominale, consiste à créer une cavité vaginale artificielle par accolement au devant de la vulve de lambeaux cutanés, en greffes libres ou pédiculées. M. André Sicard a eu recours dans trois cas à cette dernière méthode. Bien que le néo-vagin ainsi constitué n'ait pas la souplesse du Baldwin, les opérées se sont trouvées satisfaites du résultat fonctionnel obtenu, qui leur a permis de se marier. Comme pour le Baldwin, des dilatations ultérieures sont rigoureusement nécessaires. N'intervenir, d'ailleurs, que sur le consentement préalable formel des intéressées.

P. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23-12-1943

Traumatismes obstétricaux et déficiences infantiles

M. DE PARREL. — Se fondant sur l'étude de nombreux dossiers d'enfants déficients de toutes catégories, M. DE PARREL fait ressortir l'importance et la fréquence des traumatismes obstétricaux dans la genèse des anomalies neuro-psychiques, sensorielles et motrices. Il estime à 22,50 % le pourcentage des cas qui relèvent de traumatismes moraux, physiques ou toxi-infectieux au cours de la grossesse, ou des manœuvres de force au moment de l'accouchement. La seule application de forceps compte pour 10 % de ce pourcentage. Ces constatations commandent des mesures prophylactiques d'assistance sociale, de surveillance médicale régulière, de traitement (traitement spécifique par exemple) des femmes enceintes, et imposent la restriction des manœuvres de force, notamment des applications de forceps. Ces dernières ne doivent être mises en œuvre que sous l'empire d'une nécessité absolue. M. DE PARREL

insiste, d'autre part, sur le fait que certains fœtus « fragilisés » supportent mal le traumatisme normal de l'accouchement, en dehors de toute manœuvre spéciale et de toute dystocie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 2-11-1943

Paralysie périodique de la III[e] paire évoluant par poussées douloureuses depuis 15 ans. Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique.

MM. DEREUX et DE BERNY

Traitement des fractures diaphysaires des phalanges par la méthode de Boëhler

M. BATTEUR. — La méthode de Boëhler consiste à appliquer une traction continue, s'exerçant par un fil, sur la pulpe du doigt et sur les phalanges en flexion les unes sur les autres. Les résultats sont anatomiquement excellents ; les résultats fonctionnels restent bons, mais sont influencés par des lésions de la gaîne tendineuse entraînant le blocage du tendon.

Hémorragie intra-péritonéale chez la femme ; origine génitale, gravidique ?

M. BRACQ

Etude statistique des hernies, hernies étranglées et prolapsus génitaux avant et après 1940

M. BRACQ. — La comparaison du nombre des opérés en 1937-38 et en 1941-42, dans le service de Clinique chirurgicale du Professeur Lepoutre, donne une augmentation de 1 à 3 pour les prolapsus, de 1 à 2 pour les hernies non compliquées, de 1 à 4 pour les hernies étranglées. Ces chiffres se rapprochent de ceux publiés par MM. Braine et Rudler, pour les hôpitaux parisiens. L'auteur rapporte simplement le résultat de ses recherches statistiques, sans prétendre élucider la cause de cette augmentation (amaigrissement, altérations tissulaires dues à certaines carences en protéines et en graisses...) ; il insiste, en terminant, sur la fréquence actuelle des étranglements herniaires chez les personnes âgées.

Trois cas de granulosis rubra nasi traités par la radiothérapie

M. P. DAVID rappelle les signes de cette affection cutanée assez rare : nez rouge ou cyanosé, parsemé de fines papules rouge sombre, avec hyperidrose, chez l'enfant. Les trois observations qu'il a relevées, en un an, n'apportent aucune lumière nouvelle sur l'étiologie, ni sur la pathogénie de cette dermatose ; ces trois cas sont isolés et non familiaux. La radiothérapie à faibles doses a fait disparaître l'érythème, les papules et l'hyperidrose en quatre à cinq séances.

Diagnostic des collections pelviennes par la ponction du Douglas

M. J. CAMELOT. — Lorsque, comme dans l'observation rapportée par l'auteur, le diagnostic entre une hématocèle rétro-utérine et une pelvi-péritonite d'origine annexielle est hésitant, la ponction du Douglas est d'un précieux secours pour lever les doutes. Cette manœuvre, facile et sans dangers, permet de retirer, soit du sang, soit du pus, selon l'affection qui est en cause, et donne au chirurgien les indications nécessaires pour prendre la décision opératoire requise.

La Presse

Les fractures des pelleteurs (maladie des terrassiers)

Sous cette appellation, R. LEBARON étudie les fractures isolées des apophyses épineuses des vertèbres cervico-dorsales, par arrachement musculaire. Très différentes des fractures par choc (chute d'une poutre, chute de l'ouvrier avec la tête fléchie), qui ont une allure dramatique, celles-ci sont des accidents atténués, évoluant sous des signes d'emprunt et risquant surtout de passer inaperçus. Il peut y avoir soit fracture d'efforts violents, par arrachement latéral, soit fractures sans traumatisme important, par modification préalable de la structure osseuse, avec petits arrachements musculaires (c'est la maladie des terrassiers de Quervain). En pratique ces deux modes sont souvent intriqués, le premier se produisant au niveau d'un os déjà altéré. La fracture est alors le plus souvent précédée d'une période prémonitoire, qui constitue la maladie, durant quelques jours ou quelques semaines, et qu'il serait intéressant de déceler par un examen systématique, clinique et radiologique, chez les sujets qui se plaignent de sensations douloureuses entre les épaules, avec gêne progressive de l'activité. Après avoir envisagé le mécanisme de ces fractures, l'auteur envisage les éléments d'ordre étiologique, qui vont servir de bases aux mesures de prévention sociale et professionnelle : matériel, méthode de travail, sélection et adaptation des ouvriers au travail. (*Gazette des Hôpitaux*, 1[er] décembre 1943).

Sur un cas de morphinisme observé chez un nouveau-né

Les grossesses des morphinomanes sont peu fréquemment observées, car leurs fonctions génitales sont troublées. Cependant un nombre assez important de ces mères peuvent conduire des grossesses jusqu'au terme avec des enfants bien constitués. Mais il s'est produit chez ces enfants une accoutumance somatique à la morphine, dont ils supportent certaines doses ; par contre, si même passagèrement, le nouveau-né est privé du toxique habituel, il présente les signes caractéristiques de l'abstinence, et cela dès les premières heures de la vie. M. PÉHU et Mme BAUD rapportent un cas de ce genre : les cris et une agitation fébrile particulière, dont les crises étaient séparées par de l'apathie, et même du collapsus, n'ont pu être calmés que par l'ingestion à dose progressivement décroissante, d'une solution aqueuse de chlorhydrate de morphine : 0 g. 005, cinq fois par jour, la première semaine, puis 4 milligrammes et 3 milligrammes les deuxième et troisième semaines, ainsi de suite jusqu'à suppression complète du toxique. On peut aussi employer la teinture d'opium, le laudanum ou d'autres succédanés de la morphine. Toutefois, on ne doit pas se dissimuler combien la réalisation pratique de cette cure est difficile. La morphinomanie de la mère expose à des erreurs ; il convient d'éviter l'apparition des accidents d'abstinence morphinique. Non averti, le médecin peut commettre des erreurs fatales ; un certain nombre de morts chez des nouveau-nés, morphinisés pendant la grossesse et sevrés brusquement, inopinément, du toxique, paraissent ressortir à une abstinence du poison. (*Paris Médical*, 10 décembre 1943).

G. F.

○○○○

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE PRATICIEN, MÉDECIN COHÉREUR

Le « demi-médecin » en faveur duquel notre ami Decourt rompt des lances avec un entrain tout juvénile, le praticien standard est-il en passe de se voir discrédité pour la seule raison qu'il exerce la médecine générale ?

Distinguera-t-on dans la confrérie des vedettes et des utilités ou, pour en venir au langage du jour, des ploutocrates et des prolétaires ? Telle est, en somme, la question que pose Decourt et l'éventualité qu'il repousse avec horreur et imprécations.

Qu'il ait mille fois raison, les praticiens que sont en immense majorité nos lecteurs, en tomberont certainement d'accord. Il a pris texte des tarifs de médecine sociale actuellement en vigueur ou en discussion et qui, par le symbole des coefficients, semblent certifier que 1 spécialiste = 2 praticiens. La formule est simpliste et outrecuidante ; il n'y aurait pas lieu de s'y arrêter si, en la laissant prendre corps, on ne courait le risque de voir certains esprits la considérer comme admise. Le pharisaïque esprit de caste qui traduit un contentement inavoué de soi-même est assez détestable pour mériter de se voir interdire l'accès de la profession. Il parviendrait vite à la morceler et à en faire un authentique panier de crabes. Or, nous sommes tous menacés au même titre et par la même fatalité : l'évolution des sociétés. Et si nous voulons garder une chance d'avoir encore quelque crédit dans les sociétés de demain, ce n'est pas un bon procédé que fomenter dans la profession des dissensions intestines.

***

C'est un fait incontestable, du reste, que la transfiguration de la société s'accompagne, parallèlement et conjointement, d'un changement de cap de la profession médicale. Jusqu'à hier toutes deux s'acharnaient à cribler le tout-venant des circonstances jusqu'à isoler le fait individuel. Politique et médecine étaient pareillement individualistes. Dès aujourd'hui, et plus encore demain, le crible change de mailles : c'est le groupement qui devient l'unité élémentaire.

A l'âge de l'analyse succède l'âge de la synthèse. On reclasse de cent façons des constituants qu'on avait voulu à toutes fins dissocier. Il est frappant de constater que même des groupements qui pouvaient se croire irréductibles comme les nations, semblent en voie de céder leur pouvoir de cohésion à des symboles plus vastes, les continents ou peut-être même les civilisations. L'être humain, pour sa part, se voit chaque jour pressé et circonscrit de plus près par ses semblables ; naître et mourir, manger, travailler, amasser ou dépenser, procréer, être malade ne sont plus des actes de liberté individuelle. Il faut que le groupement donne son accord.

Dans cet essor du détail au général, de l'individuel au collectif, le praticien de médecine générale trouve l'occasion de se tailler un rôle nouveau dont l'importance croîtra vraisemblablement avec le temps. Entre la médecine analytique et le malade, il est l'organe de cohésion ; entre le malade et la société, il est l'organe de transmission.

Au dire d'un truisme si éculé qu'on a scrupule à le reprendre, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. En d'autres termes, deux états pathologiques, si analogues soient-ils par leurs symptômes, sont, en réalité, aussi différents que le sont entre eux les deux sujets. Or ce sont des états pathologiques et même une face de ceux-ci que scrute le spécialiste. Dans la direction qui lui est familière, il pousse l'analyse aussi loin qu'il peut et en établit un constat. Il projette un pinceau de lumière sur un point, laissant tout le voisinage dans l'ombre. Même si plusieurs pinceaux s'entrecroisent dans un local obscur, on obtiendra un catalogue circonstancié des détails, mais seule une lumière diffuse permettra de se faire une idée de l'ensemble. En médecine, c'est le praticien qui donne la lumière diffuse et qui signale les coins à explorer. Par lui-même, il laisserait invisibles des particularités dont quelques-unes peuvent être de signification déterminante. Mais sans lui l'analyste ne pourrait pas situer exactement sa trouvaille ni lui donner sa pleine valeur. C'est, en somme, transposée, la fable de l'aveugle et du paralytique.

Depuis cinquante ans, par le perfectionnement progressif de ses techniques, la médecine s'est faite de plus en plus analytique et a centré ses divers faisceaux sur des zones de plus en plus restreintes. Elle obtient ainsi des précisions dont nul ne pouvait même avoir l'idée autrefois. Mais elle n'a pas détrôné pour cela la vérité immanente que le malade est un organisme cohérent qu'il sied d'envisager dans son ensemble. Lorsqu'on est jeune on court voir, dans une salle du service, *la* pneumonie ou *la* typhoïde. Un peu plus tard, on admet qu'au lit du malade ne s'étudie qu'*une* pneumonie ou *une* typhoïde. Il faut être parvenu à la maturité pour concevoir que l'état morbide de X ou Y s'extériorise sous la forme d'un syndrome pneumonique ou typhique et qu'il y a beaucoup moins d'intérêt à localiser avec précision le foyer de râles crépitants qu'à se demander si, chez ce jeune homme de petite santé et d'hérédité douteuse, ce masque pneumonique ne cache pas une menace beaucoup plus grave. A ce stade-là, me semble-t-il, on accède à la véritable médecine générale, on devient le vrai praticien.

Pour remplir son office avec honneur, le praticien doit répartir aux divers spécialistes les enquêtes qu'il estime urgent d'ouvrir, en rassembler les procès-verbaux, les interpréter, les confronter, les cohérer, et finalement extraire diagnostic, pronostic et traitement adaptés au malade et *au seul malade.* C'est dire la part éminente, infiniment complexe et délicate qui lui revient. Dans une organisation idéale de la profession, le médecin, au sortir de ses études, commencerait par exercer une ou plusieurs spécialités et c'est seulement sur le tard, lorsqu'il aurait acquis la maturité d'esprit qui introduit aux besoins de synthèse et aux solides idées générales qu'il deviendrait ce qu'on appelle usuellement : le médecin traitant.

Car c'est en « traitant » l'homme malade que la médecine atteint sa pleine expression et c'est à ce titre qu'elle a conquis ses lettres de noblesse.

***

Or tel n'est plus le seul rôle qui incombe aujourd'hui au praticien. Par le fait de l'organisation communautaire de la société, un véritable contrat lie celle-ci à l'individu par des obligations réciproques et il se trouve en matière sanitaire que le médecin est seul à pouvoir faire respecter le contrat par l'une et l'autre partie. Dans cet échange de responsabilités, c'est la société qui a fait les premiers pas en s'effor-

çant de décharger l'individu du risque-maladie et en se reconnaissant comptable de l'hygiène publique. En échange, elle contrôle le malade et s'attribue la prérogative de le contraindre, s'il y a lieu. Les premières lois sociales firent du malade un bénéficiaire ; toutes les récentes par contre en font un assujetti, et il y a lieu de prévoir que nous ne sommes pas au terme de cette nouvelle phase.

Choisi par son client comme technicien de défense sanitaire, le praticien est insensiblement devenu en même temps un tuteur et, si j'ose hasarder le mot, un recteur. Tuteur en ce qu'il veille à faire respecter par la Société les droits individuels du malade, recteur en ce qu'il a charge de faire respecter par le malade les droits de la Société. D'une main, il signe la feuille d'Assurances sociales ou le livret du réformé de guerre, de l'autre la déclaration de maladie contagieuse ou vénérienne. Il est, en somme, pour chacune des deux parties, le garant de l'autre.

Cette intrication de rôles si complexe que quelques-uns deviennent positivement contradictoires ne s'ajuste bien qu'au personnage du praticien de médecine générale, le « bon-à-tout-faire » de la profession. En limitant sa compétence, le spécialiste s'est interdit d'en outrepasser les étroites limites et d'avoir affaire avec l'homme entier. Le praticien, quant à lui, reste fort d'une formule qui pourrait être sienne. *Nil humani a me alienum puto.* L'homme dans son intégralité est de son ressort, en tant qu'élément social aussi bien qu'en tant qu'être vivant. C'est pourquoi l'évolution actuelle de la médecine déplace son champ d'action, mais ne le restreint pas ; plus exactement l'action du médecin praticien suit pas à pas les transmutations de la profession. Jusqu'à présent chaque fois qu'en matière de santé un lien rattache la société à l'individu, il prend le praticien comme relais. Et l'on n'aperçoit pas comment il pourrait faire autrement.

En sorte que, pour en revenir à mon propos, le « demi-médecin » n'apparaît pas du tout, à la lumière de ces réflexions, comme le manœuvre de la profession. Quoi qu'en puissent dire les tarifs, il tient sa grande place parmi ses confrères et peut à bon droit, comme fait Decourt, réclamer qu'on la respecte.

Au reste, si les mots ont encore un sens, ils parlent assez d'eux-mêmes et, pour ramasser mon idée dans une formule qui a l'inébranlable solidité d'une lapalissade, je demanderai : Exerce-t-il la médecine à moitié celui qui l'exerce tout entière ?

G. Lavalée.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LE CONTRÔLE DES FINANCES DE L'ORDRE

Parmi les problèmes touchant à l'organisation de l'Ordre des Médecins figure en bonne place celui de savoir s'il existe un contrôle de la comptabilité et de la gestion administrative et financière de cet organisme ; dans l'affirmative, comment ce contrôle fonctionne ; dans la négative, comment il pourrait être organisé.

Deux constatations motivent la curiosité légitime du Corps médical : les cotisations augmentent chaque année de façon appréciable ; outre la cotisation elle-même, bon nombre de Conseils départementaux imposent à leurs ressortissants une participation parfois lourde à des œuvres de solidarité corporative. Et les payeurs de se demander : d'une part, si aux différents échelons de l'Ordre des économies ne seraient pas possibles ; d'autre part, quelle destination précise sera donnée aux sommes considérables drainées pour l'entr'aide, et suivant quelle méthode les fonds seront gérés et capitalisés.

Essayant de projeter quelque lumière sur ces questions, nous distinguerons le budget proprement dit de l'Ordre et le budget spécial des œuvres de solidarité, lequel est soumis à des règles différentes.

I. — Budget de l'Ordre

Utilité du Contrôle

Est-il besoin d'insister sur cette utilité, sur sa nécessité même ? Le contrôle est une des opérations de la fonction administrative absolument essentielle pour la vie de tout organisme public ou privé. Toujours la loi a pris soin de l'établir, pour les sociétés commerciales comme pour les groupements et associations de droit privé non commerciaux et pour les établissements publics, etc. Proches de l'Ordre par leur statut, les Comités d'organisation ont, aux termes de l'art. 4 de la loi du 16 août 1940, leur comptabilité soumise au contrôle du Ministre de la Production industrielle et du Ministre des Finances. Il serait donc inconcevable que seul l'Ordre des Médecins échappât à cette commune loi qu'est la nécessité d'un contrôle.

Que disent les textes ?

Or, force nous est de constater que la loi organique du 10 septembre 1942 est absolument muette à ce sujet. Plus curieux encore : aucune directive ministérielle, instrument législatif pourtant presque officiel à l'heure actuelle, n'est venu apporter de précision. Faut-il conclure qu'en l'absence de texte le contrôle financier de l'Ordre est non seulement inexistant, mais impossible à édifier ? Non, car certains principes généraux doivent être examinés en l'espèce.

L'Ordre des Médecins étant une personne morale du type administratif, on est d'abord amené à songer au contrôle de l'Inspection des Finances et de la Cour des Comptes, préposés à la vérification des comptes de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics. Mais l'Ordre, ne l'oublions pas (arrêt Conseil d'Etat, 2 avril 1943), n'*est pas un établissement public*. Il est, comme les Comités d'organisation, un *établissement privé chargé d'organiser un service public. Il ne faut donc pas, à notre avis, lui imposer les méthodes de gestion et de contrôle des établissements publics.* Nous étayons notre opinion sur l'avis exprimé le 31 juillet 1942 devant le Conseil d'Etat par M. Ségalat commissaire du Gouvernement, au sujet des Comités d'organisation qui, statutairement, ressemblent à l'Ordre comme des frères. « Ils ne peuvent être soumis — et *en fait ne sont pas soumis* — au régime juridique des établissements publics. Qu'il s'agisse des agents, des *deniers*, des travaux, leur caractère professionnel exige des solutions plus nuancées et plus souples. Ils empruntent au droit privé ses *modes de gestion.* »

Le contrôle ne doit-il pas alors être confié à l'autorité de tutelle de l'Ordre : au Ministre de la Santé publique ? Par analogie encore avec le cas des Comités d'Organisation, on est tenté de répondre affirmativement car la loi du 16 août 1940, nous l'avons dit, prévoit expressément ce contrôle, qui s'exerce en fait par l'intermédiaire du Commissaire du Gouvernement, délégué des Ministres-tuteurs. Le décret de création des Comités dispose que « le budget est soumis à l'approbation du Commissaire du Gouvernement » . Un contrôleur

financier est en outre nommé par l'autorité de tutelle. Emanation du Commissaire du Gouvernement, c'est lui qui autorise les dépenses. Réfléchissons cependant que, dans le cas de l'Ordre, un contrôle analogue serait bien moins aisé, puisqu'aucun Commissaire du Gouvernement ou Contrôleur financier ne fonctionne auprès de lui. Par ailleurs, renseignements pris aux meilleures sources, l'autorité de tutelle n'entend exercer son contrôle que dans la mesure expressément précisée par la loi. L'Ordre des Médecins, ayant été constitué comme un organe autonome, reste entièrement libre de ses actes, sauf restrictions expressément stipulées. *Ce serait donc au Conseil National que, selon les vues ministérielles, il appartiendrait d'organiser une procédure de contrôle du budget.* Cette conception répond trop au vœu que nous avons formulé souvent ici, de voir l'Ordre constituer réellement une corporation majeure, pour que nous ne la partagions pas avec satisfaction.

Qu'existe-t-il en fait ?

Ce contrôle financier s'exerce-t-il à l'heure actuelle ?

A l'échelon national tout d'abord. Reconnaissons que les *Bulletins de l'Ordre* de juin 1942 et de mai 1943 ont publié les bilans et comptes de gestion administrative du Conseil supérieur pour les exercices 1941 et 1942, approuvés, nous fut il dit, par ledit Conseil supérieur, après avoir été soumis à l'examen du conseil financier de l'Ordre. C'est donc le Conseil supérieur qui approuve et contrôle lui-même ses propres comptes. Il dispose bien pour cette tâche de l'avis éclairé d'un conseiller référendaire à la Cour des comptes. Mais cette haute collaboration présente un caractère strictement personnel qui n'engage pas la Cour des comptes. De plus, le conseiller n'est qu'un *Conseil*, dépendant quant à ses nomination et rémunération, du Conseil National. Ce *n'est donc pas un contrôleur indépendant* comme l'est le contrôleur financier des Comités d'organisation, et comme doit l'être par hypothèse tout contrôleur. A l'échelon national, le contrôle du budget de l'Ordre est donc inexistant.

A l'échelon départemental c'est pire. Certes l'art. 14 de la loi du 10 septembre 1942 a bien prévu que le Conseil national fixe le montant des cotisations et leur répartition entre Conseil national et Conseils départementaux ; ce qui pouvait faire espérer que le Conseil national exercerait ainsi le contrôle des budgets des Conseils départementaux par le contrôle de leurs ressources et maintiendrait sur tout le territoire français l'unité des cotisations à l'Ordre. Mais en fait, dans sa dernière session, le Conseil national s'est borné à ratifier les propositions individuelles de chaque Conseil départemental pour la fixation de la cotisation dans son ressort. Le Conseil national ne s'est donc pas livré à un examen sérieux du bien-fondé des prétentions de chaque Conseil départemental. *Qui donc vérifie les comptes des Conseils départementaux* ? La question est d'autant plus sérieuse qu'à la différence du Conseil national, les Conseils départementaux n'ont pas de conseiller financier, et que, il faut bien l'avouer, la formation professionnelle des médecins ne les dispose pas spécialement, sauf exception, au poste d'administrateur et de financier. Certains conseillers départementaux ont entrevu le problème, et devant la résistance manifestée par certains confrères pour le paiement de la cotisation imposée, leur ont déclaré qu'il était impossible de la diminuer en raison des frais élevés à supporter mais leur ont demandé des suggestions pour faire des économies. Mais quelles suggestions faire utilement pour réduire un budget dont on est dans l'ignorance absolue ? Cette remarque nous permet d'envisager quelles mesures pourraient être arrêtées pour obtenir un contrôle efficace des finances de l'Ordre.

Suggestions

Puisque ce contrôle n'est pas organisé par la loi, puisque l'autorité de tutelle le considère comme relevant de la compétence exclusive de l'Ordre, il nous semble nécessaire que le Conseil national prenne toutes dispositions utiles pour l'établir. S'il ne le faisait pas, les inquiétudes du Corps médical iraient grandissant et il serait à craindre que les pouvoirs publics, devant une telle carence, n'entreprissent d'y pourvoir eux-mêmes : d'où nouvelle ingérence de l'Etat dans la profession médicale.

Quelles modalités adopter ? A l'échelon départemental, le contrôle pourrait être assuré *par les Collèges des médecins, au cours d'assemblées générales* auxquelles il serait rendu compte des recettes et dépenses de l'exercice écoulé ; des explications seraient fournies ; des précisions données et le budget de l'exercice prochain leur serait soumis pour approbation. Les opérations matérielles de contrôle seraient effectuées par un *contrôleur financier médecin* élu par l'Assemblée générale, auquel serait *adjoint un expert-comptable agréé près la Cour d'appel* proposé par le Conseil de l'Ordre et nommé par l'Assemblée collégiale. Tous deux rendraient compte de leurs investigations à l'Assemblée générale. Une telle procédure n'est pas une vue de l'esprit : elle nous a été suggérée par notre avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, Me Auger. Elle serait croyons nous, susceptible d'être agréée en haut lieu. Elle présenterait en outre l'avantage de maintenir entre les médecins et leurs dirigeants locaux un contact toujours fructueux, de dissiper des malentendus et de redresser en temps utile des erreurs.

A l'échelon national s'exercerait le contrôle des budgets du Conseil national et des Conseils régionaux. *Un contrôleur financier médecin serait élu par l'assemblée des Présidents des Conseils départementaux.* Il pourrait être éclairé et guidé *par l'actuel conseiller financier de l'Ordre qui serait confirmé dans ses fonctions par la dite assemblée.* Tous deux rendraient compte de l'exécution de leur mandat à *l'assemblée des présidents de Conseils départementaux* qui aurait à approuver les comptes et budgets.

Ces modalités une fois observées, les médecins auraient le sentiment de participer de près à la gestion de l'Ordre et toutes les inquiétudes seraient dissipées quant à l'emploi des fonds corporatifs. Ils auraient donc mauvaise grâce à rechigner pour le paiement de la cotisation.

II. Budget des œuvres de solidarité

Le problème

Rappelons tout d'abord, sans vouloir faire de cette question le centre de notre étude, que, dans l'état actuel de la législation, *tout organisme de solidarité créé par un Conseil de Collège départemental est illégal, dans la mesure où sa création et son mode de gestion n'ont pas été approuvés par le Conseil national*. De plus, en tout état de cause, *la participation des médecins à cet organisme ne peut être rendue obligatoire que par décret en Conseil d'Etat.*

En présence du champignonnement actuel d'organismes de ce type sur tout le territoire français, l'étonnement et la réserve du Corps médical sont compréhensibles. Celui-ci se demande si de telles initiatives en ordre dispersé sont bien fructueuses. Il refuse en tous cas d'être considéré comme taxable à merci, et s'il veut faire un geste de solidarité il

veut, pour que ce geste conserve toute sa signification, lui sauvegarder aussi toute sa liberté. Il veut enfin, et *a fortiori*, ayant payé, connaître l'emploi exact des sommes ainsi versées, leur mode de conservation et de gestion. En un mot, il demande, là encore, des comptes. Or actuellement, quelles justifications lui sont données ? Aucune. Si le Conseil national a pris soin, dans les comptes qu'il a publiés, de distinguer soigneusement les comptes de gestion courante, les comptes des œuvres et les comptes des biens de la Confédération générale des syndicats dissous, en est-il de même pour les Conseils des Collèges départementaux qui, eux, n'ont jamais publié un bilan ? L'importance du problème est d'autant plus grande que les sommes encaissées par les Conseils départementaux au titre de la solidarité sont plus importantes et sont commune mesure avec celles encaissées pour la gestion courante de l'Ordre.

SUGGESTIONS

Quels remèdes apporter à cette situation ?

Le premier serait de *ne constituer d'œuvres de solidarité que dans le cadre de la légalité*. Les formalités légales de constitution étant respectées, les organismes créés seront tout naturellement assujettis à un contrôle financier *ad hoc*. Si les œuvres sont dans l'avenir créées sur le plan national par un *texte spécial* (loi sur la retraite par exemple) le *texte leur donnant naissance définira les modalités de contrôle*. Si, sans attendre un texte spécial, les Conseils des Collèges départementaux veulent utiliser le moule que la législation actuelle leur offre, ils seront amenés à donner à leurs créations le statut des *Sociétés de Secours mutuels*, seule forme légale compatible avec le but recherché. Or, les Sociétés de Secours mutuels, du point de vue financier, sont *assujetties* par l'art. 7 de la loi du 1er avril 1898, au *contrôle du Ministère du Travail* par l'intermédiaire des Préfets.

Quant aux sommes que bénévolement le Corps médical accepterait de payer à titre exceptionnel et provisoire entre les mains des Conseils pour leur permettre de faire face à certaines détresses particulièrement urgentes, *la solution consisterait à tenir une comptabilité spéciale très soigneuse en recettes et en dépenses et à soumettre cette comptabilité à l'approbation de l'assemblée générale des médecins du Collège*, comme la comptabilité ordinaire.

III. Conclusions

Si le Conseil national, auquel l'autorité supérieure reconnaît expressément toute compétence, voulait s'employer à résoudre les difficultés que nous avons analysées, nous ne doutons pas qu'il soit largement payé de sa peine par une adhésion de l'ensemble du Corps médical à la réforme entreprise et par un regroupement plus étroit encore des médecins autour de leurs dirigeants.

P. DOURIEZ.

LE TIMBRE-CERTIFICAT DANS LA SEINE

Du Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine j'ai reçu trois notes qui ne me semblent pas être la conséquence d'une décision nettement mise au point.

La première note, en date du 21 janvier 1944, m'annonçant l'expédition de quatre carnets de certificats de régime et vingt timbres-certificats à 10 francs. Deux carnets me serviraient à établir des régimes au cours de l'allaitement et de la grossesse. Deux autres seraient consacrés à la prescription des régimes alimentaires-type, suralimentation, nos 1, 2 et 3. A ce moment, d'après cette première note, il semblait entendu que *tous* les certificats revêtus du timbre seraient dispensés de la formalité de la légalisation.

J'ai bien reçu les quatre carnets et les vingt timbres. J'ai payé ceux-ci et j'ai rangé le tout, jusqu'à nouvel ordre, dans un tiroir de mon bureau.

Un peu plus tard, par la voix de nos journaux professionnels et lors de la démission du Docteur Cibrie, si ma mémoire est bonne, nous avons appris que le timbre-certificat avait pour but d'être l'aliment richement vitaminé de nôtre Caisse de retraite. Je ne fus pas trop surpris de cette aberration, en un temps où l'on prétend remplacer une motte de beurre et notre beefsteak quotidien par quelques biscuits. Et j'avoue m'être fort amusé qu'une mesure aussi transitoire que le certificat de régime pût, dans l'esprit de ...l'Ordre, faire vivre la réforme à longue échéance qu'est la Retraite du médecin.

J'avais été mal informé. Une note suivante, en me remerciant de ma générosité, me faisait part de soucis plus immédiats et plus modestes. Le timbre-certificat n'était plus qu'une solution de fortune pour boucher quelques trous et alléger quelques misères « d'autant plus émouvantes qu'elles sont plus discrètes », (Tiens tiens ! Et moi qui croyais avec mon Contrôleur des Contributions que les médecins sont les richards du dernier bateau !)

Cette note, beaucoup moins affirmative que la première, m'avertissait aussi que, seuls les certificats de régime, de grossesse et d'allaitement bénéficieraient de la dispense de la législation. Les autres certificats devraient être soumis à cette formalité malgré l'apposition du timbre. Quant à cette apposition, il n'était plus précisé qu'elle fut obligatoire. Et même, pour les certificats de la première enfance, il semblait, d'après un texte, involontairement sans doute, laissé dans le vague, qu'elle ne le fût pas. Dans ces conditions, le timbre-certificat devenait une espèce de gabelle sans contre partie, et le médecin un bénévole fermier-général.

Et voici maintenant le passage essentiel de la troisième note en date du 20 avril : « Le médecin reste seul juge *de* l'opportunité *de* l'apposition *du* timbre *d'*Entraide *du* Conseil de l'Ordre ; et le Conseil *lui demande* de la faire aussi largement que possible pour manifester son esprit de solidarité confraternelle. Ce timbre *doit* être également apposé sur les autres certificats établis sur papier libre ». Comme c'est courageux, comme c'est franc ! Le médecin reste seul juge... Le Conseil lui *demande*... Le timbre *doit* être apposé. Entre la première note et la dernière, il semble qu'il y ait eu le temps d'un geste à la Pilate et d'une abdication.

Ce n'est pas tout. La première note prévoyait *cinq* certificats sur cinquante (pourquoi cinq ?) en faveur des malades impécunieux et des A. M. G. Les deux derniers accordent la dispense : « Aux A. M. G. ; aux assurés sociaux dispensés du ticket-modérateur (familles nombreuses, femmes de prisonniers, etc. (*sic*) ; aux malades nécessiteux (?) ; aux accidentés du travail ; aux grands mutilés (?) ; toutes catégories de malades pour lesquels le médecin devra écrire « dispensé du timbre »... et paraphe, s'il vous plaît !

En présence d'une telle confusion je voudrais respectueusement poser quelques questions au Conseil de l'Ordre,

1° Oui, ou non, l'apposition du timbre est-elle obligatoire ? Et les médecins roublards, ou plutôt prudents pourront-ils impunément se dispenser d'imposer à leurs clients une taxe forcément impo-

pulaire, puisqu'elle ne donne aucun avantage au public ? Pour les femmes enceintes ou allaitant, le certificat du modèle préfectoral obligatoire, les dispense de la légalisation *avec* ou *sans* timbre ? Pour les autres catégories de malades l'apposition du timbre ne les dispense pas de faire légaliser leur certificat ? Je m'excuse de me répéter ; mais j'aime la clarté.

2° Définition du malade impécunieux, à l'époque du marché noir et des ressources subreptices.

3° Définition du grand mutilé. « Je croyais que tout possesseur d'un carnet de soins avait droit à des soins absolument gratuits. Dans ce cas l'exigence du timbre n'est-elle pas illégale ?

4° A quoi reconnaît on qu'un assuré social est dispensé du ticket modérateur ? Femme de prisonnier ? Soit ! Famille nombreuse ? L'enquête n'est pas facile ; par contre elle peut être irritante. Quant aux « et cœtera » j'en demande une liste un peu plus précise et détaillée !

5° Que dois-je penser d'un Conseil de l'Ordre qui abdique entre les mains de ses subordonnés le soin de juger de l'opportunité d'une taxe dont il a pris l'initiative ? C'est la porte ouverte aux abus et à la concurrence déloyale. Il suffisait aux médecins scrupuleux d'avoir déjà l'irritante question des certificats de suralimentation qui favorisent la démagogie.

Pendant que j'y suis je voudrais poser une dernière question au Conseil de l'Ordre.

Comment se fait-il qu'il ne se soit ému ni plus tôt ni plus fort de la situation insolite des médecins sinistrés ? Voilà des malheureux qui doivent donner leurs soins gratuitement (ou à leurs risques et périls) aux victimes de la guerre. Ils rentrent chez eux, trouvent leur foyer détruit, leur domicile professionnel en ruines. Et l'Etat dès ce moment, les abandonne à leur sort. Requis ou non le Gouvernement les tenait pour les agents bienfaisants de la Défense nationale. ! Ils perdent tout et n'ont d'autre ressource que de mendier quelques subsides aux cahotantes recettes d'un impopulaire timbre-certificat ! Un médecin militaire soigne des blessés avec tout son dévouement : mais on lui garantit, du moins, une solde régulière. « L'esprit de solidarité de ses confrères » est le seul espoir qui reste au médecin civil sinistré !

C'est là se jouer de nous. C'est abuser de notre esprit de sacrifice. Le timbre-certificat est l'aveu d'une carence injustifiable qu'il entérine et légitime.

Pour conclure, ne serait-il pas souhaitable que le Conseil de l'Ordre assume plus franchement ses responsabilités ? Qu'il nous protège d'un peu plus près et prenne notre défense d'un peu plus haut ?

Dr R. MAIRE.

TRIBUNE LIBRE

A PROPOS DES SPÉCIALITÉS ET DE LA QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES

L'étendue des connaissances médicales ne permet plus guère à un seul médecin de les posséder toutes à fond. La connaissance parfaite des cas courants, la science approfondie des cas difficiles et rares, les techniques et les instruments particuliers nécessités par le diagnostic et le traitement, la difficulté croissante de la recherche, tout cet ensemble de raisons conduit à concevoir dans la pratique, l'isolement de spécialités.

Ceux qui les exercent de façon habituelle, les spécialistes, sont souvent difficiles à distinguer, pour le public ordinaire, de ceux qui s'attribuent sans raison des qualités particulières qu'ils ne sauraient justifier. Il est donc logique, parce qu'utile à la Santé publique que le Conseil de l'Ordre essaie de définir des spécialités puis, par voie de conséquence, de qualifier des spécialistes qui seuls porteront ce titre.

Définir des spécialités ne veut pas dire les délimiter étroitement et qualifier des spécialistes ne signifie pas interdire à tous les autres médecins, la pratique desdites spécialités ou à un spécialiste de sortir de sa spécialité. Le diplôme de docteur en médecine donne le droit d'exercer la médecine toute entière, sans restriction pour ceux qui le possèdent actuellement. Chacun ne dépend que de sa conscience et tout se ramène à un problème de moralité. Donc, les nouvelles définitions, règlementations et qualifications des spécialistes ne sauraient aucunement restreindre les droits que confère le doctorat en médecine actuel. Il s'agit simplement de désigner au public, par une sorte d'« appellation contrôlée », les spécialistes qualifiés. Bien entendu des ententes, des associations locales entre spécialistes, médecins et chirurgiens sont souhaitables pour l'heureuse harmonie de notre Corporation et le plus grand bien des malades. Mais il ne peut alors s'agir que de conventions librement consenties en vue d'une courtoise collaboration : Il en est de tacites qui sont presque des modèles de perfection.

Il convient donc simplement que le Conseil de l'Ordre sanctionne de son autorité, les spécialités nées de l'évolution de la médecine et qualifie ceux qui exercent réellement en fait ces spécialités.

Le problème est double : d'une part, dans l'avenir, former des spécialistes qui seront qualifiés quand ils auront subi les examens ou concours convenus, sanctionnant des études de durée et de programmes bien déterminés, et, d'autre part, actuellement, qualifier spécialistes ceux qui exercent en fait la spécialité considérée.

Pour le groupe, actuellement le plus important, il importe avant tout d'éviter les luttes de « clocher » et les « *invidiae* » locales ou régionales. Respecter les situations acquises : voilà quel est partout le *leit motiv* En fait, reconnaître qu'un médecin exercé réellement telle spécialité ne doit pas être bien difficile. Cela peut se juger sur la notoriété publique, auprès des autorités et de la clientèle, auprès des maîtres, des pairs, des élèves, des correspondants dudit médecin. Comment contester la spécialisation à un médecin qui exerce la spécialité depuis de nombreuses années, est titulaire d'un service hospitalier, membre de Sociétés savantes de sa spécialité, auteur de publications et de communications spécialisées, etc...

La voix de la notoriété ne semble pas difficile à juger. Mais qui jugera ? Pour se mettre à l'abri des vengeances, des inimitiés, il convient que les juges soient en majorité, choisis loin du département et de la région du jugement et que les audiences (étude du dossier, décision) soient publiques. Dans le jury, il serait désirable qu'avec les maîtres de la spécialité figurassent des membres éminents représentant les Sociétés savantes et la Presse spécialisée ainsi que le délégué du Conseil de l'Ordre départemental pour la spécialité. La justice en serait mieux assurée. Mais, nous le répétons, il n'est vraiment pas difficile de dire d'un médecin connu depuis quelques années qu'il est bien spécialiste : c'est cela la qualification.

Evidemment, dans les malheurs actuels de la France, toutes ces petites difficultés ne devraient même pas susciter la moindre querelle entre Français partageant les mêmes épreuves. La vie est assez courte et s'annonce pour tous assez difficile pour qu'aucun de nous n'ajoute aux épreuves communes ou particulières. Enfin, nous sommes faits pour les malades et non les malades pour nous. Chacun de nous est assez grand pour juger en son âme et conscience, ce qu'il sait et peut bien faire. Que chacun y mette du sien pour faire régner une atmosphère de sérénité et d'apaisement dont la science et les malades ont tant besoin.

Dr J. Courtois.
(Saint-Germain-en-Laye.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES *(Suite)*

Mais cette raison pure rejette dans un avenir si lointain une réalisation d'une aussi indiscutable urgence que personne n'ose ouvertement prendre parti pour elle. Alors apparaît inéluctablement le problème dit de « la période transitoire ». Dans un souci de *solidarité* professionnelle ou sociale, l'on entend porter *immédiatement* remède d'une manière ou d'une autre, à l'absence, dans le passé, du système de prévoyance collective et obligatoire que l'on échafaude aujourd'hui.

Les critiques qui sont adressées à la solution *transitoire* que nous avons proposée s'adressent donc en réalité beaucoup moins à cette solution qu'au principe même d'une action immédiate où les raisons du cœur ont plus de place que la raison tout court.

Mais, une fois admis son *principe*, la logique interne de cette conception conduit tout naturellement à combler les lacunes de la prévoyance individuelle, à réparer aussi les résultats de l'imprévoyance.

Porter aide et assistance à ceux qui par une heureuse chance ont pu résoudre eux-mêmes la question de la retraite serait d'une manifeste incohérence. La récompense de leur effort, mais elle réside évidemment dans cette sécurité qu'ils ont pu acquérir.

Au reste il ne s'agit point ici de récompenser les bons et de punir les mauvais ; qui peut prétendre en effet, en une ère où les révolutions ne se distinguent plus des guerres, que le sort de chacun soit entre ses seules mains ; qui peut être sûr, quelle que soit sa prudence et son économie, de n'avoir point à faire appel un jour à cette solidarité dont il vient aujourd'hui critiquer les effets ?

Ne recherchons point les causes exactes des malheurs présents. Mais consacrons toutes nos ressources à les atténuer. Ce qui ne nous dispense point de chercher dans l'avenir à en éviter le retour. Mais c'est là une toute autre question.

* * *

Une clameur unanime a accueilli notre récent écho sur la vaccination à la campagne. Les médecins ruraux jettent l'anathème sur les séances de vaccinations publiques et scolaires qui leur imposent un nombre respectable de kilomètres supplémentaires. Et des gens qui vont à vélo se passeraient volontiers de « rallonges » de ce genre.

Bon nombre d'entre eux souhaitent que l'Etat prenne en charge ces vaccinations ordonnées par lui et en confie l'exécution à des médecins uniquement employés à cet office.

Puisque tel est le vœu des médecins de campagne nous l'exprimons ici en leur nom. Mais attention ! Il est à espérer que la paix reviendra un jour et, avec elle (plus ou moins tardivement) des conditions de vie moins astreignantes. A ce moment là les médecins seront-ils encore du même avis et ne récrimineront-ils pas contre ces médecins fonctionnaires introduits dans leurs fiefs ?

***

Dans le but d'apporter quelques éclaircissements à une situation assez confuse, nous attirons l'attention de nos lecteurs résidant dans le département de là Seine sur la circulaire du Préfet de la Seine en date du 25 avril 1941 publiée dans notre dernier numéro. Il y est précisé que les certificats de régime devront être maintenant délivrés *sur modèle réglementaire. A ce titre,* ils sont dispensés de la signature du médecin.

Ils *peuvent* éventuellement porter la vignette émise par le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins. Mais cette vignette est facultative, *ct ce n'est pas sa présence qui entraîne la dispense de légalisation.*

Il résulte de ce texte, beaucoup plus clairement que des divers communiqués du Conseil départemental de la Seine, à juste titre critiqués d'autre part par notre collaborateur Maire, que tout *certificat autre que de régime, de grossesse ou d'allaitement, doit, comme par le passé, être établi sur papier non réglementaire ; que dans ce cas la signature du médecin doit, comme par le passé, être légalisée, même si la vignette de l'Ordre figure sur le certificat.*

Toute obscurité est donc maintenant levée : le timbre-certificat est au premier chef facultatif puisque, non obligatoire en droit, son emploi ne procure, en fait, aucun avantage particulier au malade.

***

C'est une véritable avalanche de lettres, venues des quatre coins de la France, que nous ont value nos échos sur l'impôt métal. La stupeur et l'indignation s'y expriment avec une égale force.

Impossible de supputer l'idée générale qui a présidé à la répartition de l'impôt. Aucune commune mesure ne paraît vraisemblable entre les derniers chiffres que nous citent nos lecteurs : 193 hectgr. dans l'Eure, 216 dans une ville de l'Aube et dans un bourg de la Nièvre, 313 dans une ville de la Marne, 213 dans un village de Seine-et-Oise, 390 et 525 dans une petite ville du même département, 501 dans un village breton, 460 dans un autre, 380 dans le Cher, 222 dans le Finistère. Le record est pour le moment tenu par un radiographe de Lyon à qui l'on réclame simplement 808 hectgr. 80 kilos de cuivre chez un médecin ! Mieux vaut en rire et conclure que la pompe à phynances du père Ubu était certainement construite en métal non ferreux !

Une précision utile pour les sinistrés. Une loi est en préparation, nous dit-on, qui prévoit en leur faveur des exonérations. Qu'ils attendent donc la publication de cette loi.

***

Nous avons, il y a quelque temps déjà, attiré l'attention des autorités corporatives et publiques sur l'incohérence et la fantaisie qui semblent être de règle actuellement dans le marché des appareils et instruments médicaux.

Les nombreux cas qui nous sont signalés par nos lecteurs nous incitent à revenir sur cette importante question pratique. Citons entre autres un exemple : ayant un urgent besoin d'aiguilles de Reverdin un chirurgien de province s'adresse à deux maisons concurrentes. La maison A fait des offres aux prix officiels mais remet la livraison à des dates lointaines sinon nébuleuses. La maison B qui dispose de stock et vendait avant guerre à des prix inférieurs à ceux de la première, se déclare prête à une livraison immédiate mais semble tenir pour nuls et non avenus les prix résultant de la taxation actuelle. Une simple comparaison fait ressortir des dépassements de 40 à 65 %. Et notre correspondant de conclure : ne trouvez-vous pas que ceux qui ont des stocks exagèrent ?

Inutile, n'est-ce pas, de dire à quel point nous sommes de son avis. A une heure où les destructions vont s'aggravant, où les besoins de la médecine vont suivre une courbe parallèle, ne sera-t-il point possible de remettr



un peu d'ordre en un domaine qui touche de près à la Santé publique et de faire en sorte que les préoccupations commerciales n'y soient point exclusivement prédominantes ?

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

346. — Anesthésie rachidienne

Je vous demande encore une fois conseil pour la question du paiement de mes anesthésies rachidiennes faites à des accidentés du travail.

Les Compagnies d'assurances refusent de payer les rachianesthésies faites par l'opérateur lui-même.

Qu'en pensez-vous ? L'art. 12 n'est-il pas suffisamment explicite ?

Dr B.

Réponse

a) *Il est dit en toute lettre à l'art.* 12 *que* « *l'anesthésie des plexus d'origine et l'anesthésie* rachidienne *donnent toujours lieu à un honoraire de* 80 *francs.*

b) *La restriction comportant la nécessité que l'anesthésie soit donnée par un médecin autre que l'opérateur, ne se rapporte qu'à l'anesthésie* générale *dont il est parlé à l'alinéa* 3.

c) *En cas de maintien de sa thèse par l'assurance, vous pouvez porter l'affaire devant la Commission d'arbitrage en envoyant dossier à M. Marcel Daniel, secrétaire de la Commission, 15 bis, rue Laffitte, Paris (IXe).*

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

Les associations de praticiens sont-elles légales ?

On a préconisé dans le *Concours Médical* la Maison du médecin. J'ignore si cette réalisation verra le jour mais j'en ai retenu l'idée et devant les difficultés actuelles je crois qu'il faut que le médecin se modernise. Le malade doit être soigné vite et bien et nous pouvons nous rendre compte qu'il n'a pas satisfaction malgré les efforts surhumains du médecin, praticien. Personnellement je déjeune depuis quinze jours d'un sandwich sur mon vélomoteur et rentre bien après 22 heures, sans parler des visites de nuit et des dimanches passés à rattraper les retards. Bien des urgences doivent attendre et bien des enfants viennent au monde tout seuls. Un médecin fatigué fait du mauvais travail et beaucoup d'erreurs de diagnostic viennent de là

Le remède ? — Le remplaçant procure quelques jours de repos mais ne satisfait pas la clientèle par sa nouveauté, et le praticien retrouve à son départ un travail accru donné par tous ceux qui l'ont attendu.

L'assistant. — Est-il légal ? Il mécontente les confrères ; il est injuste car il subordonne un médecin à un autre et aigrit inévitablement le subordonné, qui partira écœuré un beau jour, ou s'installera en face.

L'associé. — A l'image des chirurgiens l'association de deux praticiens est possible et souhaitable. Le malade y trouvera la stabilité qu'il désire, la promptitude et la qualité des soins. (Il n'est que de bien choisir son associé). Les médecins y trouveront le goût du travail moins précipité et la possibilité d'un repos auquel tout homme à droit.

Les associés ayant leurs domiciles séparés mais

proches (téléphone à chaque domicile), auraient une installation médicale commune. Ils donneraient leurs consultations un jour sur deux dans un cabinet plus confortable et techniquement mieux aménagé. Il y aurait : le repos du dimanche une fois sur deux, service de nuit une semaine sur deux, vacances de récupération d'un mois pour chacun, honoraires soit séparés mais plutôt bloqués et divisés par deux comme dans les associations chirurgicales bien faites. Un tel projet est possible. Il nécessite l'estime et la confiance entre deux confrères. Il serait bien triste de penser que ce n'est pas réalisable. Ce serait un exemple à donner qui inciterait peut-être les médecins à comprendre tout l'intérêt d'une bonne entente. Ce projet est-il légal ? Voilà ce que j'aimerais savoir ayant l'intention bien établie de le réaliser.

Le *Concours Médical* ne pourrait-il pas me conseiller dans l'établissement du contrat à établir. Une démission est possible, un décès aussi et les droits des deux confrères et de leurs familles doivent être précisés. Il doit aussi être possible de prévoir une reprise de la moitié de la clientèle existante.

Dr T.

Réponse

Ainsi que vous le supposez, cette question est actuellement l'objet d'un intérêt considérable parmi les médecins, et nous avons consacré à son étude au cours des dernières années plusieurs articles dans le Concours Médical. *Utile du point de vue intérêts privés du médecin, la formule d'association paraît être appelée à devenir une nécessité du point de vue intérêt général de la profession. C'est sur elle, en effet, que repose pratiquement la solution du problème des Centres de diagnostic, problème si irritant à l'heure actuelle pour les rapports entre le Corps médical et les organismes sociaux, telle la Mutualité entre autres.*

Vous avez lu très certainement, puisque vous y faites allusion, les articles consacrés à l'association de chirurgiens. Vous vous demandez si l'association de médecins est ou non possible et avant tout si elle est légale. Tout de suite nous vous répondons affirmativement. L'Ordre des médecins a bien essayé de formuler des doutes sur le caractère déontologique de telles associations, mais son attitude, due probablement plus à une mauvaise information qu'à une hostilité systématique contre la formule, ne résiste pas à l'examen objectif des faits. Nous vous renvoyons à ce sujet à un article publié dans le Concours Médical *du 1er juillet 1943, page* 532.

Dans un article plus récent (Concours Médical, 11 *décembre* 1943, *page* 980) *nous avons donné l'essentiel des références aux articles consacrés aux questions d'association médicale dans notre journal. Pour le problème qui vous intéresse spécialement nous vous renvoyons en particulier à l'article publié le* 28 *décembre* 1941, *page* 2307. *Cet article est suivi d'un projet de contrat type, auquel nous vous conseillons de vous reporter pour l'établissement du contrat ; voulez-vous vous en inspirer et rédiger un projet que, bien entendu, nous sommes à votre disposition pour examiner lorsque vous l'aurez établi.*

Du point de vue juridique, ainsi que vous le voyez, la difficulté est aisément soluble. Le côté le plus délicat, nous ne vous le cachons pas, sera à notre avis le choix de l'associé, la correcte répartition de l'activité de chacun et la bonne entente à maintenir dans des conditions parfois difficiles. Sur ce point, nous vous renvoyons à une étude fort intéressante du Docteur Jacques Baranger, du Mans, publiée dans le Concours *du* 21 *septembre* 1943, *page* 758. *Consacrée il est vrai aux associations de chirurgiens, cette étude contient néanmoins des notations fort intéressantes et représente une expérience de plusieurs années, de laquelle,*

à notre avis, vous aurez intérêt à tenir compte dans le « choix de l'élu. »

---

528. — Médecine du travail. Obligation pour les salariés de se soumettre aux examens

Est-ce que le personnel d'une entreprise est obligatoirement astreint à se soumettre à la visite médicale annuelle ?

Si une personne refuse formellement de se faire visiter, quelle responsabilité incombe au patron qui, lui, doit obligatoirement faire les frais d'un service médical ?

Dr N.

Réponse

Les problèmes juridiques soulevés par le refus de la part des salariés de se soumettre aux examens et visites du service médical du travail sont assez complexes, mais ils méritent d'être étudiés dans tous leurs détails, car ils touchent aux fondements même de l'institution de la médecine d'entreprise.

Eliminons tout d'abord le cas des examens d'embauche. Dans ce cas, en effet, les choses sont simples : le sujet de l'examen ne fait pas partie de l'entreprise. Il se présente en demandeur et doit accepter les conditions qui lui sont faites s'il veut que soit donné suite à sa candidature.

I. — *Mais en va-t-il de même du personnel salarié de l'entreprise ? La question est plus complexe. Le contrat de travail est, en effet, un contrat synallagmatique impliquant des obligations à la charge des deux parties et ne peut être modifié unilatéralement.*

Parmi les obligations découlant du contrat, à la charge tant du patron que du salarié, figurent celles relatives à l'observation des mesures d'hygiène sur les lieux du travail.

Ces mesures sont, en général, contenues dans un règlement dit « règlement d'atelier » et propre à chaque entreprise. Toutes les prescriptions relatives au fonctionnement du service médical du travail ne sont donc, en réalité, qu'un chapitre spécial de cette réglementation interne.

II. — *Quelle en est la valeur juridique ?*

Il trouve son fondement dans le contrat de travail lui-même qui rentre dans la catégorie des contrats dits « d'adhésion ». Autrement dit, le salarié par cela même qu'il contracte avec l'employeur est censé adhérer aux prescriptions du règlement intérieur, et doit, en conséquence, les respecter. La jurisprudence exige seulement que ledit règlement ait été effectivement communiqué à l'intéressé.

Mais il importe que ces prescriptions n'aient pas un caractère par trop unilatéral. C'est pourquoi l'art. 22 *a et b du L. I du Code du travail a imposé l'affichage de ce règlement dans les lieux où le travail est effectué, ainsi que dans les locaux et à la porte des locaux où se fait l'embauchage. En outre, il a prescrit le dépôt du règlement ou de toute modification qui y serait apportée au Secrétariat du Conseil des Prud'hommes dans le ressort de l'établissement.*

Diverses hypothèses peuvent, cela étant, être envisagées :

1° *Le règlement d'atelier prévoyait le fonctionnement d'un service de médecine du travail au moment où le travailleur a contracté avec l'employeur. Dans ce cas, il ne peut se refuser à subir les examens organisés par ce service, dès lors qu'il a eu effectivement connaissance du règlement. Toute autre attitude constituerait une violation grave des obligations du contrat de travail.*

2° *Le règlement d'atelier ne prévoyait rien de semblable lors de l'embauche, ou bien, il n'a pas été communiqué au salarié, mais un décret a rendu obligatoire l'application de la loi du 28 juillet 1942 sur la médecine du*

---

travail dans la branche d'activité envisagée. On sait qu'il en est ainsi actuellement dans le cuir, la céramique et la verrerie ; d'autres secteurs viendront s'adjoindre progressivement aux précédents. Dans cette hypothèse, les prescriptions du règlement intérieur relatives au Service de médecine d'entreprise, n'ont pas seulement un fondement contractuel, mais encore un fondement légal. Elles s'imposent donc indubitablement aux salariés comme au patron. Le refus de l'ouvrier constitue-là encore une faute à la fois quasi-délictuelle et contractuelle.

3° *L'employeur applique de son propre chef à son entreprise la loi du 28 juillet 1942 et modifie en conséquence le règlement d'atelier. Dans ce cas, la modification doit être effectivement portée à la connaissance du personnel afin de lui être opposable. En outre, elle doit faire l'objet d'un dépôt au greffe du Conseil des prud'hommes. De plus, dans tous les cas où il existe un Comité social d'entreprise, celui-ci devra être préalablement consulté. Ce problème ne doit pas être envisagé en effet sous son aspect juridique, et il est essentiel, pour le bon fonctionnement même du service médical, qu'il soit instauré dans un climat de confiance et ne se heurte pas d'emblée à l'hostilité d'un personnel méfiant et surpris. Si ces diverses précautions ont été prises, le membre du personnel qui refuse de se soumettre aux prescriptions du service médical se rend indubitablement coupable d'une violation des obligations découlant du contrat de travail.*

III. — *Quelles peuvent être, dans ces trois cas, les sanctions de cette « faute » contractuelle ? Elles sont généralement prévues par le règlement d'atelier lui-même, et peuvent aller de la réprimande jusqu'au renvoi, en passant par la mise à pied temporaire. Peuvent elles donner lieu à des amendes ? En principe, les amendes sont interdites par le Code du Travail. Toutefois, un tel régime de sanctions peut être autorisé dans certains cas par l'Inspecteur du Travail, et cette autorisation est de droit « lorsque les amendes visent exclusivement l'inobservation des prescriptions légales et réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs » (art. 22b du Code du Travail). Autrement dit, le régime de l'amende est de droit lorsque la loi du 28 juillet 1942 a été étendue par décret à la branche d'activité à laquelle ressortit l'entreprise. Il peut être autorisé par l'Inspecteur du Travail lorsque la loi sur la médecine du travail est appliquée à titre facultatif.*

IV. — *Quelle serait, enfin, la responsabilité de l'employeur au cas où il ne veillerait pas à l'application effective du règlement sur la médecine d'entreprise ? Il nous faut distinguer deux hypothèses :*

1° *La loi du 28 juillet 1942 est applicable à titre obligatoire dans cette branche d'industrie. Dans ce cas, l'employeur encourt une double responsabilité :*

a) Pénale. — *Aux termes de l'art. 14, par. 2 de la loi du 28 juillet 1942 « les sanctions prévues par la Section V du chapitre II du titre IV du Livre II du Code du Travail sont applicables vis-à-vis des chefs d'établissements, directeurs, gérants ou préposés en cas d'inobservation des prescriptions de la présente loi qui visent les chefs d'établissement ».*

Aux termes de l'art. 143 de ladite Section V, les contraventions aux règles relatives à l'hygiène et la sécurité des travailleurs entraînent une amende de simple police. En cas de non exécution des mesures de salubrité fixées par le jugement dans un certain délai l'affaire est correctionnalisée et le Tribunal peut prononcer la fermeture de l'établissement. En cas de récidive, l'infraction devient un délit relevant du Tribunal correctionnel. Notons en outre, qu'au cas où, par suite d'un manque d'autorité de la part de la direction, le service médical ne serait pas à même de remplir sa mission préventive et où la santé des travailleurs aurait

directement à en souffrir, le chef d'entreprise ou ses fondés de pouvoir pourraient être condamnés en vertu des art. 319 et 320 du Code pénal pour homicide ou blessures par imprudence.

b) Civile. — *Dans l'hypothèse envisagée ci-dessus, le chef d'entreprise pourrait être rendu civilement responsable du préjudice subi par l'un des membres de son personnel.*

2° *La loi du 28 juillet 1942 n'est pas encore appliquée à titre obligatoire. Dans ce cas, il ne peut être question de responsabilité pénale. Mais, à notre avis, le chef d'entreprise pourrait être poursuivi en dommages-intérêts par l'un des membres du personnel qui aurait subi un préjudice direct et certain du fait de l'inobservation par un de ses collègues des prescriptions du règlement intérieur relatives au service médical. En effet, ce règlement constitue l'une des clauses du contrat de travail auquel adhère chaque salarié. S'il doit en observer les dispositions, il est également en droit d'exiger de l'employeur que ledit règlement soit respecté et appliqué dans la mesure où ses clauses sont destinées à le protéger contre les risques résultant du travail en commun. L'inapplication partielle par le chef d'entreprise constitue bien une faute contractuelle dont il doit répondre à l'égard de son co-contractant.*

Notons, en dernier lieu, que si le préjudice causé à un membre du personnel consistait en une atteinte violente et soudaine à l'intégrité du corps humain (contagion par exemple) il s'agirait là d'un accident du travail relevant de la loi du 9 avril 1898 ; que la faute du patron pourrait être considérée comme « inexcusable » et donner lieu, en conséquence, au versement d'indemnités supérieures aux indemnités forfaitaires prévues par la loi.

Demandes et offres

N° 116. — A vendre matér. nf C. G. R. Polyval 4 kénos. Diagnost. Thérap., table anteorienta complète gaîne. Pied ventilix. Inverseur Siemens. Thérap. protection totale.

N° 117. — Orne. Clientèle médec. gle rurale à reprendre.

N° 118. — A céd. dans le Gers très import. poste de médec. proph. Ecrire journal qui transm.

N° 119. — Transformat. nf (110 volts altern.) cautère-lumière à vend. Dr Bocquet, 29, rue de Lille à Cambrai (Nord).

N° 120. — Médec. désire acheter appareill. de radio-diagnostic. Dr Profizi, à Morez du Jura (Jura).

N° 121. — Chirurg. A. I. H. cherche poste Hôpital ou clinique, ferait remplacement longue durée.

N° 122. — Famille universit. prend. hôte payant. Excell. nourrit. assurée.

N° 123. — On dem. à acheter d'occas. en bon état lampe U. V.

N° 124. — Méd. acheter. lampe U.V. et appareill. radiograph. puissant.

N° 125. — On dem. personne sérieuse pour s'occup. de 2 enf. 3 ans et 9 mois, dans propriété à la campagne.

N° 126. — A céd. après décès, poste médec. campagne, 50 km. de Paris. Ecr. journal qui transm.

N° 127. — Radiologiste dem. urgence bonne secrét. pouv. éventuell. apprendre radiol. S'adr. Dr J. Collin, 42, boul. des Etats-Unis, à Vichy (Allier).

N° 128. — A céder après décès. Cabinet médical, instrum. auto, logement, belle clientèle. Conviendr. à célibataire. Région riche industrielle du P. de D.

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : N° 3 — 44-2
N° d'autorisation : 77 N° au C. O. L. : 31.0044

Comprimés à craquer — Dragées

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE · CALCIUM · VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

SPÉCIFIQUE DE LA CARENCE CALCIQUE

1° Grâce au rapport **Ca/P** le plus favorable (1,39)
2° Grâce au pouvoir régulateur et fixateur de la **Vitamine D.**

POSOLOGIE

Employé comme compensateur de la carence calcique l'Ultracalcium doit être absorbé aux doses suivantes :

Enfants jusqu'à 6 ans	1 à 3	comprimés par jour
Enfants de 6 à 10 ans	2 à 6	— —
Adolescents et Adultes	4 à 8	— —
Femmes enceintes et nourrices.	6 à 10	— —
Employé dans les troubles aigus du métabolisme phospho-calcique	8 à 12	— —

LABORATOIRES DEROL, 34, RUE PERGOLÈSE, PARIS (XVI°)

VITAMINES "ROCHE"

LAROSCORBINE "ROCHE" VITAMINE C

BÉNERVA "ROCHE" VITAMINE B1

ÉPHYNAL "ROCHE" VITAMINE E

AMINO-VIT "ROCHE" VITAMINES B1.C.D+Histidine.Tryptophane.Lysine.

Produits "ROCHE"
10, rue Crillon. PARIS. 4e

On désinfecte

avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)



CHLORO-CALCION

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE   Nos 24 à 26   JEUDI 15 JUIN 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

379 à 381

R. C. Seine 76.579   Dr J. NOIR, Directeur   Le No 5 frs
C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le Conseil de la Faculté a proposé à l'agrément du ministre M. Joannon, comme titulaire de la chaire d'hygiène, en remplacement de M. Tanon, admis à la retraite.

— **Ecole de médecine de Dijon.** — M. Pierre-Etienne Martin, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Dijon, en remplacement de M. Olivier, démissionnaire.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de chirurgien.* — M. Roux est nommé chirurgien des hôpitaux de Paris.

— **Hôpitaux de Nancy.** — M. P. Louyot est nommé médecin des hôpitaux de Nancy.

— **Hôpitaux de Dijon.** *Poste d'oto-rhino-laryngologiste adjoint.* — Un concours sur titres et sur épreuves pour un poste d'O. R. L. adjoint de l'hôpital général de Dijon s'ouvrira à Lyon dans le courant d'octobre ou novembre prochain.

Les dossiers de candidatures doivent être adressés quinze jours au moins avant la date des épreuves à M. le directeur régional de la Santé, 3, place Ernest-Renan, à Dijon.

— **Journées dentaires de Paris.** — Les Journées dentaires de Paris auront lieu à l'Ecole odontotechnique, 5, rue Garancière, du 23 au 26 novembre 1944.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Tarif normal. **120 fr.** | Etudiants..... **80 fr.**

— **Comité national de l'Enfance.** — Devant les difficultés présentes le Comité national de l'Enfance croit devoir rappeler que :

1° *L'allaitement maternel* est la sauvegarde des tout petits ; c'est le moyen le plus hygiénique, le plus facile, le plus économique de nourrir l'enfant les premiers mois de la vie.

2° Si la mère ne peut nourrir son enfant, condition bien rare, *l'allaitement mixte ou artificiel* avec le *lait frais* constitue une alimentation excellente de *l'enfant au biberon* ; le *coupage du lait standard actuel* sera au tiers le premier mois, au quart le deuxième mois et le lait sera donné pur le troisième mois.

3° En présence des restrictions de gaz, les *biberons préparés* avec le lait stérilisé *seront conservés dans un endroit frais* ; avant de les donner à l'enfant, ils seront plongés *quelques instants* dans l'eau chaude d'une marmite norvégienne par exemple. Un biberon préparé *ne doit jamais séjourner longtemps dans l'eau chaude* ni être entouré de couvertures pour maintenir le lait tiède une partie de la journée ; ce serait favoriser le développement des microbes au cas où la stérilisation est insuffisante, ce qui est fréquent. Pour la même raison il *ne faut pas se servir d'appareils thermos* pour maintenir chaud le lait des enfants.

4° Les *laits concentrés ou en poudre* seront réservés exclusivement et sur prescription médicale aux enfants qui ne tolèrent pas le lait naturel. Ils doivent constituer une réserve en cas de manque de lait frais.

5° Les *jus de fruits et de légumes crus* seront donnés dès le deuxième mois à l'enfant élevé au biberon.

6° Dès le *cinquième ou le sixième mois* on peut *diminuer la ration de lait* et adjoindre au régime des farines de froment, d'orge, d'avoine, du *bouillon de légumes*, des *purées claires de pommes de terre* associées à des légumes aqueux et verts (carottes, navets, poireaux, etc...).

7° Les *conseils médicaux* sont plus que jamais nécessaires ; la mère fréquentera donc régulièrement la consultation de nourrissons ou s'adressera au médecin de famille. (*Communiqué*).

— **Mutualité familiale.** — L'assemblée générale et la réunion du Conseil d'administration auront lieu le lundi 3 juillet à 15 heures.

Ordre du jour : Rapport du Secrétaire général ; rapport du Trésorier ; rapport des Commissaires aux comptes ; approbation des comptes ; création d'une nouvelle combinaison et modifications statutaires ; Conseil d'administration.

— **Remerciements.** — Le Docteur J. Noir, très touché des nombreuses marques de sympathie qui lui ont été adressées au sujet de la mort de sa fille, ne pouvant répondre à toutes, prie ses confrères de trouver ici l'expression sincère de ses remerciements.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jacques BERTIN, troisième enfant du Docteur Jean Bertin, de Dormans (Marne) ; de Michel RÉGNIER, deuxième enfant du Docteur D. Régnier, de Gauriac (Gironde) ; de Marianne-Lorraine DEBIDOUR, fille du Docteur Henri Debidour, ancien interne des hôpitaux de Paris ; de Pierre MASMONTEIL, cinquième enfant du Docteur Fernand Masmonteil ; de Christine CAYE, troisième enfant du Docteur Caye, de Paris ; de Pierre-Marie VINCENT, troisième enfant du Docteur Jean Vincent, professeur suppléant à l'école de médecine de Limoges ; de Marie-Françoise L'HÉNORET, fille du Docteur F. L'Hénoret, de Châteauneuf (I.-et-V.), et petite-fille du Docteur LE MAIGNAN DE KÉRANGAT, de Pleine-Fougères ; d'Eliane JACQUIN, deuxième enfant du Docteur Jacquin, de Laheycourt (Meuse) ; de Michel SAINT-MACARY, fils du Docteur Pierre Saint-Macary, de Salies-de-Béarn ; de Claire DONNÈVE, troisième enfant du Docteur R. Donnève, de Gennevilliers (Seine) ; de Marie PIC, cinquième enfant du Docteur André Pic, de Saint-Ciers (Charente-Maritime) ; de Françoise GACHON, fille du Docteur M. Gachon, de Paris ; d'Anne PHILIPPE, fille du Docteur L. Philippe, de Roanne ; de Dominique DUBOIS, fils du Docteur Germain Dubois, d'Amiens ; de Patrick BAILLY, troisième enfant du Docteur J.-M. Bailly, de Marle (Aisne) ; d'Hervé COMBY, sixième enfant du Docteur H. Comby, chirurgien de l'hôpital de la Mure (Isère) ; de Jean-Marie METZQUER, fils du Docteur Bernard Metzquer, de Rougemont (Doubs) ; de Dominique VANNEY, fille du Docteur Pierre Vanney, de Granges-sur-Valogne (Vosges).

— **Fiançailles.** — Le Docteur R. Benon, ex-médecin chef des Asiles de Nantes, fait part des fiançailles de Mademoiselle Geneviève BENON, externe des hôpitaux de Paris, et de Monsieur Henry C. ROBERT, interne des hôpitaux de Paris.

— **Mariages.** — Le Docteur G. MOREAU, de Tricot (Oise), fait part de son mariage avec Mademoiselle Paulette SELLIER ; le Docteur P.-A. Lop, de Marseille, le Docteur A. Lombard, font part du mariage de Mademoiselle Eliette Lombard, leur petite-fille et fille, avec Monsieur René BELLOT, avocat stagiaire.

— Nous apprenons le mariage du Docteur Jean-F. PORGE, médecin consultant à Saint-Nectaire, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Jacqueline CORDIER ; du Docteur Albert COLIN, de Chedde (Haute-Savoie), fils du Docteur Joseph Colin, de Lyon, avec Mademoiselle Véronique MARBEAU.

— **Nécrologie.** — Le Docteur Paul Cayro, chirurgien à Prades, fait part du décès de sa femme, Mme Paul CAYRO.

— Nous apprenons la mort du Docteur Elophe BENECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur d'importants travaux de chimie biologique.





— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Joseph MARTINAIS, ancien médecin-chef de l'hôpital de Vitré, père du Docteur Paul Martinais, chirurgien de l'hôpital Loches, et beau-père du Docteur Henri Nouët, directeur médecin de l'hôpital psychiatrique de l'Orne ; du Docteur Louis MAQUART, maire de Coincy (Aisne), décédé le 7 mars 1944.

— Le Docteur René MUFFAT, de Saintes, fait part du décès de Madame Louis Muffat, sa mère.

— Le Docteur Jean-Maurice Pacaut fait part du décès de sa femme, Madame Jean-Maurice PACAUT, décédée à Bosdarros (Basses-Pyrénées).

— Le Docteur Jean Boullard, de Vimoutiers (Orne), fait part du décès, à l'âge de 19 ans, de son fils, Monsieur Philippe BOULLARD.

— Le Docteur Marcel Bastier, de Marseille, fait part du décès de sa femme, Madame Marcel BASTIER, décédée le 29 août 1943, à la suite d'une courte maladie.

— Madame Glaude-Besnard fait part du décès de son mari, le Docteur GLAUDE-BESNARD, de Lyons-la-Forêt (Eure), survenu le 16 mai, et de la naissance de leur fils Hubert, le 27 avril.

L'avis d'un juriste sur le refus d'inscription au tableau

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article du *Concours* du 1er mars 1944 : les Enseignements d'un scandale et je viens apporter de l'eau à votre moulin...

Vous dites : En réalité, le Conseil régional dispose d'un pouvoir très large, etc... Le Conseil d'Etat s'est prononcé deux fois sur ce point, et deux fois dans votre sens

La première, dans un arrêt C... du 14 mai 1943, visé d'ailleurs par P. Douriez, dans son article de même date où nous lisons :

« Aux termes de l'art. 9 de la loi du 7 octobre 1940 (art. 37, loi du 10 septembre 1942), l'inscription au tableau peut être refusée « si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies » ; au nombre de ces conditions doivent être rangées celles qui sont relatives à la morale professionnelle, Le Conseil supérieur... a (donc) pu légitimement estimer contraire à la morale professionnelle les faits qu'il a retenus à la charge du requérant et dont la matérialité n'est pas contestée... »

La seconde, dans un arrêt M... du 5 avril 1944, qui est conçu exactement dans les mêmes termes, à ceci près que le Conseil note que les faits « sont réprimés pénalement par la loi du 20 juin 1934 ».

Pour la question des troubles mentaux, il est certain qu'aucun texte ne donne explicitement aux Conseils le droit d'en arguer pour rayer ou refuser d'inscrire un médecin. Mais au lieu de prendre la question de face, pourquoi ne pas l'attaquer par la bande ? Le paralytique général au début dont vous parlez transforme en vespasienne la chambre de son malade : n'est-ce pas contraire à la morale professionnelle ? Dans les autres cas, il doit être possible de trouver un biais analogue...

Croyez...

B. AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation.

La messe familiale des médecins

Sur l'initiative du groupement « *Médecine et famille* » a été célébrée le 14 mai dernier la deuxième *Messe familiale des médecins.* La première avait eu lieu en février 1942 à Saint-Germain-des-Prés. La deuxième a eu pour cadre l'église Saint-Louis des Invalides et la cérémonie se déroula en présence d'une foule nombreuse, composée presqu'uniquement de médecins accompagnés de leurs familles.

Dans le chœur avaient pris place les représentants de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine, ceux du Conseil national et du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, de nombreux médecins des hôpitaux et les représentants de la plupart des groupements familiaux.

L'Office célébré aux Invalides restera dans le souvenir de ceux qui y ont assisté comme une cérémonie émouvante où s'est manifestée l'union de tous les foyers médicaux chrétiens dans une même pensée : conscients de la gravité des heures présentes, soucieux de voir la résurrection de notre pays, tous ont compris l'importance des valeurs spirituelles et morales. En même temps qu'ils évoquaient le souvenir des défunts et notamment de nos morts des deux guerres et de trop nombreuses victimes civiles, ils pensaient particulièrement à tous nos prisonniers et à nos confrères sinistrés.

Il ne peut être question de relater ici le détail de cette cérémonie dont le cardinal Suhard avait accepté la présidence d'honneur et qui fut présidée par le vicaire général Bohan. La messe fut dite par l'abbé Jacques Labbé, fils du docteur Raoul Labbé récemment décédé. Elle fut dirigée et commentée par l'abbé Pierre Laignez, fils et père de médecins, servie par des enfants de médecins.

Après l'Evangile une courte mais substantielle allocution fut prononcée par M. l'abbé Deglaire, docteur en médecine. La messe se poursuivit dans un recueillement émouvant et particulièrement significatif fut le très grand nombre de communions. Une procession d'enfants petits et grands suivit la messe : ils se rendirent en bon ordre à la grille du chœur pour recevoir des mains de prêtres fils de médecins les fleurs bénies à l'intention de toutes les mères présentes et ils revinrent, avec une joyeuse fierté, les leur offrir par brassées, participant par avance à la *Fête des Mères* et soulignant ainsi l'effort de tant d'entre elles.

La cérémonie achevée, la sortie dans la grande cour des Invalides permit aux membres des très nombreuses familles médicales présents de se retrouver, des plus âgés aux plus jeunes, et de constater en ces temps si douloureux et préoccupants, qu'ils avaient les mêmes convictions et le même idéal.

Les organisateurs de cette belle réunion, membres du comité de « Médecine et famille », et particulièrement son président, mon collègue Georges Labey, et son actif secrétaire général, Marcel Renaudeaux, doivent être remerciés de leur initiative et félicités des résultats de leurs efforts.

P. LEREBOULLET.

Le timbre certificat

Le ministère de la Santé et de la Famille et le Conseil national de l'Ordre des médecins communiquent :

Devant l'émotion soulevée dans divers milieux par l'initiative de certains Conseils des collèges départementaux de l'Ordre des médecins, tendant à instituer un timbre-certificat, le Ministère de la Santé et de la Famille et le Conseil national de l'Ordre des médecins croient utile de préciser les conditions dans lesquelles ce timbre peut être utilisé :

En premier lieu, l'utilisation du timbre certificat ne peut être que facultative.

En outre, cette vignette ne peut être apposée que sur les certificats demandés aux médecins en dehors d'une consultation ou d'une visite, et ne donnant par ailleurs matière à aucun honoraire.

En principe elle ne peut être apposée sur les certificats remis au cours d'une consultation ou d'une visite *que si son montant est couvert par le médecin lui-même. (Communiqué.)*

ORDRE DES MÉDECINS

Comité de coordination
des Collèges départementaux de l'Ordre
des médecins de la région parisienne

Avis très important

Des déclarations faites par les représentants des caisses d'assurances sociales à la Commission paritaire Union des caisses de la région parisienne — Ordre des médecins, il résulte qu'un certain nombre de médecins, chirurgiens et spécialistes ne respectent pas les dispositions de l'article IV de la convention passée en avril 1942 entre l'Union des caisses de la région parisienne et les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, convention toujours en vigueur.

En présence de ces faits, le Comité de coordination des Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre des médecins de la région parisienne croit devoir rappeler aux médecins les stipulations de la Convention relatives aux honoraires et les inviter à s'y conformer.

Voici le texte de l'article IV, paragraphe 2 de la Convention Union des caisses de la région parisienne — Ordre des médecins :

« Sauf exceptions prévues par la loi, la fixation du chif- « fre des honoraires est soumise au régime de l'entente « directe. Toutefois, le Conseil de l'Ordre veille à ce qu'en « règle générale, il ne soit demandé aux assurés sociaux « que les honoraires minima qu'il aura fixés lui-même.

« Si les médecins dépassent ces honoraires minima et « si ce dépassement ne paraît pas justifié, les Caisses et « les assurés sociaux eux-mêmes pourront avoir recours « au Conseil de l'Ordre chargé d'apprécier — compte « tenu des articles 18 et 21 du Code de déontologie rela- « tifs aux honoraires — si les titres, la notoriété du « médecin, la situation de fortune de l'assuré, l'impor- « tance du service rendu ou quelque circonstance parti- « culière justifie les honoraires demandés.

« L'Union des Caisses s'engage à ne créer, par elle- « même ni par personne interposée, aucune organisation « de soins à domicile, aucun accord individuel avec des « médecins ».

Voici d'autre part les articles du Code de déontologie auxquels se réfère l'article IV de la Convention qu'on vient de lire :

« Art. 18. — Il convient de traiter les questions d'ho- « noraires avec tact et mesure ; il ne faut pas qu'un « médecin puisse être accusé de cupidité.

« Art. 21. — Il est interdit au médecin de pratiquer « directement ou par voie détournée l'abaissement habi- « tuel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima « fixés par le Conseil départemental de l'Ordre.

« Tout en restant dans la limite des tarifs minima fixés « par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin « doit proportionner ses honoraires à la situation de for- « tune du malade. En cas de contestation, le Conseil dépar- « temental de l'Ordre pourrait être appelé à demander des « justifications au médecin et, après enquête, statuera en « tenant compte de la situation de fortune du malade, « des titres et de la notoriété du médecin, ainsi que de « l'importance du service rendu. Sa décision devra être « acceptée, sauf recours devant le Conseil supérieur ».

Recommandations aux médecins du travail

De l'enquête à laquelle il vient d'être procédé par les soins des Conseils départementaux et du Comité de coordination, il résulte que d'une manière générale, la médecine du travail dans la région parisienne, s'exerce dans des conditions normales et selon les directives données par le ministère du travail Elle rend certainement déjà de grands services. Toutefois un certain nombre d'observations ont pu être faites qu'il importe de porter à la connaissance du public médical.

Ainsi dans certaines usines, le point de vue prophylactique est quelque peu négligé, alors que toute l'attention est donnée aux soins, ceux-ci étant assurés soit par le médecin du travail lui-même, soit par un autre médecin dans le dispensaire de l'usine.

Dans d'autres entreprises, les ouvriers et les employés reconnus atteints d'une affection quelconque, au lieu d'être envoyés à leur médecin traitant habituel, sont aiguillés soit vers des centres médico-sociaux dans un but de diagnostic (radiographies par exemple) soit dans un but thérapeutique vers des dispensaires de soins rattachés à l'entreprise. Il existe même des centres médico-sociaux interentreprises, récemment créés sous le régime de la loi du 28 juillet 1942, qui ne se contentent plus de faire de la prophylaxie et commencent à donner des soins.

Enfin il est apparu que dans certaines entreprises, la direction non seulement charge le médecin du travail du contrôle de l'absentéisme, ce qui est normal, mais exige de lui qu'il accorde ou refuse les arrêts de travail prescrits par les médecins traitants, ce qui est antidéontologique et contraire aux règlements.

Le Comité de coordination rappelle aux médecins du travail exerçant dans la région parisienne qu'ils doivent respecter les instructions contenues dans les circulaires du Ministère du travail et qui ont été portées à leur connaissance par les circulaires du Comité de coordination et par les journaux médicaux.

Les médecins du travail doivent en particulier s'opposer aux pressions faites sur eux par certaines directions d'entreprises pour enfreindre les prescriptions ministérielles et signaler au besoin aux Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre les infractions qu'ils ont pu constater. Les Conseils des Collèges départementaux sont décidés à faire tout le nécessaire pour que la médecine du travail s'exerce d'une manière normale dans les départements de la région parisienne.

Tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales en ce qui concerne les analyses

Pour répondre à une question posée à plusieurs reprises par des confrères, nous précisons que le tarif de responsabilité de l'Union des caisses pour les analyses et examens de laboratoire est toujours le tarif interministériel du 20 mai 1941.

Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

En vue de l'application des dispositions de l'arrêté du 16 novembre 1942, art. 6 (*J. O.*, du 5 décembre 1942), M. le secrétaire général de la Direction régionale de la Santé nous prie de faire savoir aux membres du Corps médical qui désireraient prêter leur concours aux organismes d'assurances sociales, à titre de « médecins consultants » qu'ils doivent s'adresser avant le 15 juin au Docteur PRUVOST, médecin-conseil régional, 9, rue Boudreau, Paris (9e) Tél. Opéra 29-40, qui leur donnera tous renseignements à ce sujet et leur remettra le cas échéant une fiche de candidature. Par « médecins consultants » il faut entendre, des médecins, spécialistes pour la plupart, honorés à la vacation ou au dossier, et appelés à ne donner que des avis d'ordre purement technique.

Cet avis ne s'adresse pas aux médecins qui, exerçant déjà actuellement ces fonctions auprès de diverses Caisses d'assurances sociales, ont rempli une fiche de candidature. (*Communiqué.*)

— Devant l'éventualité des événements annoncés, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, soucieux de garder intact le prestige du Corps Médical, se fait l'interprète de celui-ci pour décider qu'aucun médecin ne devra quitter son poste sans une autorisation émanant du Conseil. Cette décision entre en vigueur dès ce jour. (*Communiqué.*)

○ ○ ○

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

NÉVRO-SARCOME DU SCIATIQUE

M. J.-P. Tourneux
Chirurgien-chef des Hôpitaux de Toulouse

Le hasard de la clinique nous a fourni, il y a quelques jours, un cas fort intéressant de névro-sarcome du nerf sciatique, aussi vais-je en profiter pour vous dire quelques mots des tumeurs malignes solitaires primitives des nerfs périphériques. Mais, voyons d'abord l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'un cultivateur, âgé de 67 ans, dont les antécédents héréditaires, consanguins et personnels ne présentent aucun intérêt. Cet homme avait vu apparaître au niveau de la région poplitée droite, il y a environ 17 ans, une petite tumeur de la grosseur d'une amande, de consistance assez ferme, indolore spontanément ou dans les mouvements du membre, et ne devenant douloureuse que sous une forte pression.

Après être restée stationnaire pendant de longues années, cette petite tumeur se mit à présenter au début de l'an dernier une augmentation de volume, d'abord très insidieuse, mais qui, dans ces six derniers mois, est devenue beaucoup plus rapide, jusqu'à atteindre les dimensions d'un gros œuf de poule. Cet accroissement s'est d'ailleurs accompagné de phénomènes douloureux locaux continus, mais sans irradiations, ainsi que de gêne notable dans la mobilisation du genou, particulièrement dans l'extension : aussi notre sujet a-t-il pris l'habitude de laisser son membre inférieur à demi fléchi.

Au moment de l'entrée dans notre service, le malade présentait au niveau de la région poplitée droite, et empiétant quelque peu sur la partie inféro-externe de la cuisse, une tumeur uniformément régulière, mesurant dix centimètres de long sur trois de large, de consistance ferme, immobile et atrocement douloureuse au toucher. Les mouvements du genou étaient très limités et très douloureux, le réflexe rotulien était aboli, et la jambe ainsi que le pied étaient le siège d'un vaste œdème mou, dû vraisemblablement à des phénomènes de compression vasculaire.

Etant donnés les symptômes présentés, on ne pouvait songer à une tumeur cutanée, sous-cutanée, aponévrotique, musculaire ou vasculaire, ayant déterminé une compression nerveuse, et seule l'hypothèse de tumeur maligne du nerf sciatique pouvait être envisagée. Au point de vue du traitement, par suite du développement tumoral, il était bien certain que l'énucléation n'était pas indiquée et que seule une large exérèse dépassant bien la tumeur devait être pratiquée. Assurément, cette résection entraînait une perte de substance nerveuse trop importante pour pouvoir être suivie du rétablissement de la continuité nerveuse et devait par suite s'accompagner d'anesthésie et de paralysie dans tout le territoire innervé par le sciatique. Mais notre malade souffrait tellement, qu'il préférait ne plus pouvoir se servir de son membre plutôt que de continuer à supporter les douleurs qu'il endurait continuellement.

L'intervention, réalisée sous anesthésie générale, confirma le diagnostic porté et nous permit tout en enlevant la tumeur de faire un large évidement de toute la région, évidement nécessité par les nombreuses et intimes adhérences unissant le néoplasme aux formations avoisinantes. Quant à la tumeur, elle occupait toute l'épaisseur du nerf après en avoir dissocié et détruit les faisceaux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens des cellules de Schwann, d'un névro-sarcome ou schwannome malin.

Les tumeurs malignes des nerfs, dont nous venons de vous rapporter une observation typique, sont très rares puisque Ducuing n'en a rencontré que deux cas sur 2.500 cancers traités au Centre anticancéreux de Toulouse. Elles résultent dans 90 p. 100 des cas de la transformation maligne d'une tumeur bénigne préexistante. Cette malignisation se voit surtout dans les névromes solitaires, analogues à celui dont notre sujet était atteint. Elle se verrait moins souvent dans la maladie de Recklinghausen, affection caractérisée par la dissémination du processus néoplasique sur tout le système nerveux périphérique, et très rarement dans les névromes plexiformes où l'extension de la prolifération névromateuse est bornée au territoire d'un nerf ou de plusieurs nerfs contigus.

Les névro-sarcomes peuvent siéger sur tous les nerfs périphériques, mais semblent se développer de préférence sur certains nerfs comme le sciatique et le radial ; ils se présentent alors sous la forme d'une masse de volume variable, allant des dimensions d'une olive à celles d'un gros œuf de poule, de consistance élastique mais inégale, et faisant corps avec le nerf. La tumeur, plus ou moins translucide à la coupe, est souvent creusée de cavités kystiques ou hémorragiques.

On admet aujourd'hui d'un avis presque unanime que les névro-sarcomes se développent aux dépens des cellules de la gaine de Schwann qui revêt les cylindraxes, d'où leur nom de schwannomes, et cela en deux ou trois phases, suivant que la tumeur maligne succède ou non à une tumeur bénigne.

Dans le premier cas, après une phase initiale de *régression* caractérisée par la disparition du cylindraxe, la fragmentation de la myéline, l'augmentation du plasma non différencié et la multiplication des noyaux, les fibres nerveuses

ne sont plus représentées que par des cordons cellulaires, dont les éléments proviennent des cellules segmentaires ayant perdu leur caractère de cellules différenciées pour pouvoir proliférer activement.

Au cours de la deuxième phase, dite de *transformation*, souvent de très longue durée, ces éléments à caractères embryonnaires subissent différentes modifications, donnant naissance à autant de variétés distinctes. Une différenciation très accusée déterminera la formation de névromes différenciés myéliniques ou amyéliniques, alors que les différenciations nulles ou très incomplètes aboutiront à la production de formes pseudo-conjonctives, névromes non différentiés, névro-fibromes, névro-lipomes, névromyxomes, tous ces névromes n'étant en somme, que des schwannomes bénins.

C'est aux dépens de ces névromes non différenciés, que, dans une troisième phase, dite de *malignisation*, se développent les névro-sarcomes ou schwannomes malins. Les éléments cellulaires se mettent à proliférer activement, et présentent alors un polymorphisme tout à fait remarquable et caractéristique sous la forme de grosses cellules arrondies à noyaux volumineux et irréguliers, de cellules en fuseaux, de cellules ramifiées et de cellules en haltères : elles arrivent parfois à fusionner ensemble pour constituer ainsi des bandes protoplasmiques parsemées de noyaux. Il est bien évident que c'est de la sorte que les choses se sont passées chez notre sujet : après une courte phase de régression demeurée inaperçue, est survenue la phase de transformation, très insidieuse puisqu'elle a duré plus de 16 ans en se manifestant sous la forme d'une petite tumeur ne dépassant pas les dimensions d'une amande, et que ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'elle a subi la transformation maligne, caractérisée par l'augmentation brusque et continue présentée par le néoplasme.

Dans le deuxième cas, où la tumeur maligne ne succède pas à une tumeur bénigne, la phase de malignisation succède immédiatement à la phase de régression.

A côté de ces tumeurs, de ces névromes, développés aux dépens des éléments nerveux, il existe également d'autres tumeurs, bénignes ou malignes, provenant, elles, de l'appareil de soutien : il s'agit suivant les cas de fibromes, de lipomes, de myxomes ou de sarcomes. Considérés autrefois comme très fréquents, ils sont maintenant regardés comme très rares.

Les névro-sarcomes une fois constitués ne tardent pas à s'accroître en englobant successivement toutes les fibres nerveuses, puis ils se propagent au tissu conjonctif ambiant, contractant ainsi des adhérences plus ou moins intimes avec les différentes formations avoisinantes. La propagation à distance ne se fait jamais par voie lymphatique, mais par voie sanguine, entraînant des métastases viscérales dans le cas de tumeur primitivement maligne, et par voie nerveuse centripète dans le cas de tumeur bénigne malignisée.

Au point de vue symptomatologique, tant que les fibres nerveuses ne sont pas trop comprimées, la tumeur ne se traduit par aucun symptôme fonctionnel, et souvent c'est seulement par son volume qu'elle attire l'attention du sujet. Elle se présente sous la forme d'une masse arrondie ou ovalaire, à contours nets et bien limités, de consistance ordinairement ferme, parfois molle ou même fluctuante en cas de transformation kystique.

Lorsque les phénomènes de compression apparaissent, ils se manifestent sous la forme de douleurs vives, affectant le type de névralgies intermittentes ou de douleurs sourdes et continues avec paroxysmes. La pression augmente les douleurs qui irradient le long du trajet du nerf alors que la compression du nerf au-dessus de la tumeur diminue au contraire les douleurs. Ces tumeurs ont pour caractère essentiel d'être mobiles perpendiculairement à l'axe du nerf, alors qu'il est impossible de les mouvoir parallèlement à lui : mais il est bien évident que ce signe ne peut être mis en évidence que tant que la tumeur n'a pas encore contracté d'adhérences avec les formations voisines.

Les troubles moteurs, évoluant sous forme de contractures et de paralysies, n'apparaissent que dans les tumeurs très volumineuses ou à marche rapide entraînant des dégénérescences étendues. Les troubles trophiques sont exceptionnels.

L'évolution est marquée par des troubles de plus en plus graves de la sensibilité et de la motricité, auxquels viennent s'associer à un moment donné des signes traduisant les métastases nerveuses ou viscérales. La durée de ces tumeurs est difficile à préciser, étant donné que l'on ignore généralement à quel moment précis la tumeur bénigne a dégénéré. Le pronostic doit toujours être considéré comme très grave, en raison des récidives et des métastases; il l'est davantage pour les névromes malins primitifs que pour les névromes bénins malignisés.

Le diagnostic de ces tumeurs est toujours délicat, car en dehors de la mobilité transversale, il n'existe pas de symptôme précis. Le siège anatomique de la douleur, ses rapports intimes avec un nerf, les douleurs vives à la pression sont des signes qui permettent de penser à une tumeur d'un nerf, à laquelle on s'arrêtera après avoir éliminé toutes les formations de voisinage (tumeurs cutanées, sous-cutanées, aponévrotiques, musculaires et vasculaires) pouvant présenter des caractères sensiblement analogues.

Bien que le diagnostic absolu de malignité ne puisse être fourni qu'après examen microscopique, il faut bien reconnaître, au point de vue du traitement, qu'une tumeur à évolution rapide doit être considérée comme atteinte de malignité. Aussi, doit-on exclure dans ce cas toute tentative d'énucléation par suite de l'extension des lésions et de l'envahissement des fibres nerveuses. Seule la résection est indiquée, plus ou moins large et étendue suivant l'ancienneté et l'étendue de la néoplasie. Lorsque l'exérèse n'a pas été trop considérable, il est alors possible de tenter de rétablir la conti-

nuité nerveuse par suture bout à bout, autoplastie ou transplantation nerveuse. Dans le cas contraire, il faut s'attendre à des anesthésies et à des paralysies survenant dans le territoire du tronc intéressé ; il convient cependant de ne pas oublier que, dans un certain nombre de cas, ces complications ont complètement manqué ou ont été insignifiantes, par suite d'une suppléance des voies anastomotiques, qui se sont développées sous l'influence de la compression lente et prolongée du nerf. Enfin, il est des cas, où l'évolution du névro-sarcome s'étant compliquée de l'envahissement des parties molles voisines, la simple résection sera devenue insuffisante et où il conviendra de pratiquer l'amputation ou la désarticulation du membre. En tous cas, souvenez-vous bien que les névro-sarcomes constituent des lésions extrêmement graves, qui n'ont été que très peu améliorées par le traitement : les résultats éloignés des interventions chirurgicales ne sont pas très satisfaisants, car la récidive locale ou à distance, est presque la règle.

CONTRIBUTION MINEURE A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES STAPHYLOCOCCÉMIES

George PASCALIS

J'ai eu récemment l'occasion de suivre deux malades atteints l'un et l'autre d'une infection à staphylocoques de caractère sévère. J'ai cru les perdre tous les deux. Et, il m'a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de faire connaître leurs réactions aux traitements successivement institués pour arriver à un résultat momentanément satisfaisant.

OBS. I. — En 1937, alors qu'il était au régiment, Monsieur C..., fait une attaque d'ostéomyélite aiguë au niveau de la moitié supérieure du cubitus droit. La porte d'entrée semble avoir été un furoncle de la cuisse, d'allure traînante et que l'intéressé dit avoir été mal soigné (?) Le médecin traitant, croyant à un phlegmon de l'avant-bras, fit une incision. Puis, les choses ne s'arrangeant pas, le malade fut envoyé à l'hôpital militaire d'Orléans où le médecin colonel Simonin pratiqua un grattage osseux (?)

Avant et après l'intervention, le malade dit avoir subi cinq transfusions sanguines de 250 grammes. Il est sorti de l'hôpital non guéri en août 1938.

La suppuration a persisté jusqu'en mai 1939, puis s'est tarie. Au prix d'une ankylose du coude, la guérison a semblé enfin acquise.

A la fin de l'hiver 1942-43, M. C... se plaint de malaises généraux, de fatigue et présente des fébricules vespéraux. En avril, de violentes douleurs se font sentir au niveau du coude et de l'avant-bras droits. Il entre à la Maison de Chirurgie et est opéré en mon absence par le Docteur Guny.

Le 29 avril, il trépane et curette la face postérieure et la face externe de l'olécrâne. Et il immobilise le membre dans un plâtre à anses. Quelques jours plus tard, le malade ayant fait une poussée au coude gauche, il doit inciser un abcès assez gros.

Le 18 mai, je vois le patient et dois réintervenir pour pratiquer l'ablation de séquestres profonds et ouvrir des abcès de l'espace interosseux. Le membre est immobilisé sur des atelles métalliques. A gauche, les lésions, sur de bons clichés, apparaissent superficielles. Deux hémocultures ont été pratiquées entre temps ; une seule a été positive. Propidon, solution antistaphylococcique de Mauté étant restés sans effet, on donne iodoseptoplix en suivant les indications de Legroux. Après quelques jours de ce traitement apparaît une arthrite du genou droit qui est gros, douloureux, distendu par un important épanchement. On l'immobilise et l'on pratique une injection intra-artérielle de mercurochrome dans la fémorale droite. Il y a une baisse de température le lendemain, rapidement suivie d'une nouvelle ascension et de la reprise des douleurs. On tente alors une injection intra-articulaire de mercurochrome. L'épanchement disparaît très lentement, mais de nouveaux abcès doivent être incisés au niveau du coude droit. L'état général est menaçant. L'on décide de faire une immunotransfusion. L'effet est immédiat. Chute de température, et transformation de l'état général ; le malade peut rentrer chez lui peu après.

En octobre 1943, je le vois à nouveau. Il existe une collection torpide à la base de la malléole interne gauche. Le genou droit contient encore un peu de liquide et la flexion est limitée. Le coude droit est criblé de fistules sur tout son pourtour, il laisse suinter un pus abondant, cause d'une intense pyodermite. Une radio est pratiquée à nouveau : l'état du cubitus est aggravé. Mais les lésions ont mordu sur la palette humérale et sur le radius jusque-là intact. Il présente maintenant sur toute sa longueur un aspect soufflé et laisse voir deux foyers contenant des séquestres. L'évolution du mal sur ces os a été rapide et silencieuse. Il est possible que l'on soit obligé de supprimer ce foyer d'infection par une exérèse.

OBS. II. — Monsieur P... entre le 15 juin 1943 pour une lésion de la jambe droite qui a tous les caractères d'un érysipèle, température 39°5, pouls concordant, malade fatigué et affaibli. Un traitement au Rubiazol est inefficace. On fait alors un prélèvement qui montre, avec quelques rares streptocoques, d'innombrables staphylocoques dorés. L'examen du sang est négatif. On donne alors iodoseptoplix à fortes doses.

Une énorme collection sous-cutanée apparaît peu à peu, allant de la cheville à la pointe du triangle de Scarpa. Le 19 juin, on pratique trois grandes incisions, péronière, tibiale, fémorale. Elles laissent échapper une énorme quantité de pus jaune verdâtre. L'examen de ce pus montre, lui aussi, une surabondance de staphylocoques. On continue les sulfamides sans succès.

Le 3 juillet, le malade est dans un état très grave, faciès terreux, dyspnée, température à 39°3, pouls à 120. L'on redoute une évolution fatale. On fait une immuno-transfusion. Le lendemain, le malade est méconnaissable : le faciès est coloré, l'œil brillant, la température a baissé et revient rapidement à la normale, la dyspnée a disparu ainsi que la torpeur. Les plaies ont été lavées au Dakin et saupoudrées aux sulfamides ; elles éliminent du tissu sphacélé et sous l'action des rayons ultra-violets cicatrisent rapidement. Le malade rentre chez lui le 12 juillet et est complètement guéri fin août.

Voici donc deux cas de staphylococcémie qui ont résisté aux traitements classiques. Je sais bien que le vaccin a mauvaise presse ; je dois cependant à la vérité de dire, qu'avec la solu-

tion de Mauté, j'ai obtenu quelques beaux résultats.

Ici, chez le premier malade, il a, comme le propidon, été inopérant. Chez les deux sujets l'iodoseptoplix a amené une amélioration éphémère. Faut-il donc attribuer à l'immunotransfusion le résultat obtenu ? J'ai, dans le passé, eu recours un certain nombre de fois à l'immuno-transfusion sans en obtenir jamais aucun résultat. Et si j'y ai fait appel chez mes deux malades, c'est en désespoir de cause et pour que l'on ne puisse me reprocher de n'avoir pas tout tenté. L'effet a été aussi rapide que remarquable. Cela est-il dû à ce que le sang utilisé était celui de sujets vaccinés alors que jadis, il avait été prélevé sur des patients ayant fait une infection à staphylocoques ? Cela est possible, mais je n'en suis pas convaincu. Est-ce plutôt, que les caractères actuels du staphylocoque — dont chacun sait la ténacité et l'évolution souvent silencieuse — le rendent plus sensible à cette médication ? Je crois que le terrain avait été préparé par les traitements antérieurs qui, s'ils avaient été incapables de juguler l'infection, l'avaient du moins suffisamment atténuée pour permettre à l'immuno-transfusion d'en parfaire le résultat.

Je me garderai bien, de ces deux observations, de tirer une conclusion. Je retiendrai seulement qu'il peut être indiqué, dans des cas particulièrement rebelles, de faire appel, à titre complémentaire, à une formule justement abandonnée.

VASTE ÉPITHÉLIOMA AYANT ENVAHI SIMULTANÉMENT LES CAVITÉS PROFONDES DE LA FACE ET DE L'ENDOCRANE

Par P. WINTER et Raymond-P. TROTOT

Il nous a été donné d'observer à la Clinique neurochirurgicale de la Pitié une malade de 46 ans, qui avait été adressée dans le service par le Docteur G. Langevin, du Mans, et dont l'histoire, non dépourvue d'intérêt pour le praticien de médecine générale, nous paraît devoir être relatée à cause des problèmes diagnostiques posés à la fois à l'oto-rhino-laryngologiste et au neuro-chirurgien (1).

Le début apparent remontait à trois mois environ, et s'était fait par des douleurs continues, diurnes et nocturnes, dans l'hémiface droite, débordant sur la tempe, le vertex, la région occipitale, la gorge, avec un certain degré de dysphagie. Il existait, en outre, une anesthésie de l'hémiface douloureuse et de la muqueuse jugale droite, enfin une difficulté à ouvrir l'œil droit, une parole ralentie et embarrassée.

L'examen, à l'entrée, le 22 octobre 1942, révélait une atteinte multiple des nerfs craniens du côté droit : IIIe, IVe, VIe paires (ophtalmoplégie presque complète), V^e paire partiellement (hypoesthésie à tous les modes, parésie du masséter), VIIe paire (hémiparésie faciale), VIIIe paire (surdité droite presque totale, pas de nystagmus, pas de déviation spontanée ; Barany à droite : réaction nystagmique vive qui devenait rotatoire en III, déviation, violent vertige).

A la radio, une décalcification du ptérion droit, un flou de la petite aile.

Au total, un syndrome de la fosse cérébrale moyenne droite. M. le Professeur Clovis Vincent, explorant la région le 12 octobre, ne trouva cependant aucune tumeur, mais une simple surélévation du plancher de la fosse à sa partie antérieure, dont la ponction ramena un liquide verdâtre paraissant être du pus.

On s'orientait alors vers le diagnostic d'abcès sous-dural de la région de la fente sphénoïdale droite, et l'on demanda à l'oto-rhino-laryngologiste d'en déterminer l'origine.

Il n'existait aucun signe de suppuration nasale ou sinusienne ouverte. Sur un cliché en position de Hirtz, le sphénoïde et la portion postérieure de l'ethmoïde paraissaient anormaux. Après résection de la tête du cornet moyen, en plusieurs interventions successives, on ouvrit l'ethmoïde antérieur, puis les cellules de l'ethmoïde postérieur, enfin la cavité du sphénoïde, dans laquelle la curette pénétra sans effort et parut au contact de tissus mous.

Devant l'échec de ces explorations, l'aggravation progressive de la maladie (une névrite optique droite se faisait jour), la persistance des douleurs faciales, M. Clovis Vincent se décida à sectionner le trijumeau par voie postérieure (9 mars 1943).

De fait, les douleurs disparurent quelques jours, puis reparurent de plus belle, et la malade entra dans une phase terminale avec torpeur progressive, paralysie de la moitié droite du voile, cachexie et coma ; mort le 21 avril dans l'hyperthermie.

L'autopsie révéla une volumineuse tumeur de la base du crâne, ayant envahi toute la selle turcique et le corps du sphénoïde, la presque totalité des gouttières olfactives, débordant un peu dans l'orbite gauche, très largement dans l'orbite droite, la fosse cérébrale moyenne droite, la partie antérieure et interne du rocher droit, la gouttière basilaire. Un prolongement supérieur refoulait la pointe du lobe temporal droit.

L'examen histologique montrait une tumeur formée par des travées épithéliomateuses très denses, dont les unes étaient creusées par une nécrose centrale et d'autres par de petites cavités tubuliformes affirmant l'origine épithéliale de la tumeur. Au total une tumeur vraisemblablement d'origine rhino-pharyngée, longtemps silencieuse, et dont les premiers signes avaient été endocraniens.

De telles tumeurs ne sont pas absolument exceptionnelles, et l'histoire précédente est assez schématique de leur évolution. L'alarme est souvent donnée par des signes unilatéraux d'atteinte des nerfs craniens et, en général, par des douleurs dans le domaine du trijumeau, qu'accompagnent ou suivent des signes paralytiques. L'exploration des cavités nasales et sinusiennes, commandée par l'échec neuro-chirurgical et par des anomalies radiologiques d'interprétation difficile, demeure décevante. C'est l'autopsie, qui révèle l'étendue et la nature de la tumeur.

C'est le travail en équipe du neuro-chirurgien, de l'oto-rhino-laryngologiste, de l'ophtalmologiste et du radiologue, tel qu'il est réalisé à la Clinique neurochirurgicale de la Pitié, qui permet en tous cas de circonscrire de tels problèmes, encore placés au-dessus de nos ressources. On peut espérer que des méthodes d'études plus précises permettront un jour d'intervenir au tout début et de limiter les chances d'insuccès.

(1) Communication faite à la Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris. Séance du 17 janvier 1944.

NOTES CLINIQUES

A PROPOS DES ŒDÈMES DE LA CONVALESCENCE DE LA DYSENTERIE

Une quinzaine de jours après une dysenterie grave tardivement traitée, une jeune fille de 17 ans présente un œdème considérable, blanc, mou, de la moitié inférieure du corps ; pas d'albuminurie. La malade n'avait pas été soumise à une cure de rechloruration. L'administration de 20 centigrammes de vitamine B1 entraîne, en trois jours, la fonte totale de cette infiltration. (Ce cas fut le seul à présenter cette complication au cours d'une épidémie observée par nous, en juillet et août 1943).

H. GOUNELLE, A. BOHN, J. MARCHE et Cl. KOSKAS ont signalé les premiers ces œdèmes. Ils insistent sur leur apparition tardive au cours de la convalescence, uniquement après les formes graves avec diarrhée incoercible et prolongée. Ils les attribuent à des troubles humoraux ou tissulaires du métabolisme des ions K, Na et Cl.

L'observation ci-dessus montre qu'il faut plutôt incriminer une carence en vitamine B, carence qui peut s'expliquer :

1° Par le régime auquel sont soumis ces malades : régime dépourvu d'enveloppes cellulosiques, donc de vitamine B ; régime riche en hydrate de carbone, d'où consommation accrue de ce facteur ;

2° Peut-être par une déperdition de la vitamine au niveau de l'intestin ;

3° Ou par son utilisation dans la lutte contre la toxi-infection ;

4° Enfin et peut-être par un état précarentiel antérieur à la dysenterie.

Dr CHATTON
(Saint-Firmin, Hautes-Alpes).

Les Livres

Professeur G. JEANNENEY. — **Applications chirurgicales de l'anatomie topographique.** (Un vol. in-4 de 256 pages avec 244 planches anatomiques de S. Dupret et 105 schémas). 1944. G. Doin, éditeur, Paris. Prix : 190 francs.

L'auteur s'est efforcé de faire du nouveau, et il a parfaitement réussi. En face de planches de dissection, représentant les plans successifs d'une région, il a indiqué toutes les applications séméiologiques radiologiques et techniques, qu'elles pouvaient comporter pour le médecin ou le chirurgien, en ne ménageant pas les schémas explicatifs. Ceux-ci font connaître les meilleures techniques actuelles pour toutes les petites opérations que le médecin doit accomplir, et pour lesquelles des notions anatomiques précises s'imposent : ponctions (ponction sous-occipitale, par exemple), infiltrations nerveuses (ganglion étoilé, sympathique lombaire), injections (intra-cardiaques), diverses manœuvres médico-chirurgicales (réduction de fracture du rachis, par exemple), etc. Au chirurgien, ce livre rappelle, derrière les plans de couverture, la meilleure voie d'accès, les étapes à parcourir, les repères à reconnaître, l'écueil à éviter.

G. F.

MASSON et Cie, éditeurs

Professeur Noël FIESSINGER. — **Diagnostics difficiles** (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*). Un vol. 436 p., 80 fig., 160 francs.

La Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu a toujours été, depuis Trousseau, un centre d'enseignement où ont brillé les Maîtres les plus réputés de la médecine française. Les leçons magistrales de ces Maîtres sont restées, par tradition, des modèles du genre.

L'ouvrage que vient de publier le Professeur Fiessinger, sous le titre « Diagnostics difficiles », et qui est un recueil de quelques-unes de ses plus récentes leçons, est une étude complète de malades chez lesquels le diagnostic s'était avéré difficile, raison pour laquelle ils avaient été adressés à la Clinique de l'Hôtel-Dieu. Diagnostics difficiles : par pauvreté symptomatique, par complexité symptomatique, par symptomatologie d'emprunt, par rareté, par confins cliniques, etc. Ainsi sont présentés, par exemple, des cas particuliers de fièvre en flèche, d'éléphantiasis cyanique, des cas rares de cancer du corps du pancréas, de faux ictères par carotènémie, etc. Etudiés avec toutes les ressources dont dispose un grand service hospitalier, ces malades ont été l'occasion d'un enseignement particulièrement complet et fructueux, aboutissant à des conclusions thérapeutiques du plus grand intérêt.

P. L.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,

L. RIMBAUD, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Précis de neurologie.** *Troisième édition*, entièrement revue. Un volume (Collection Testut) de 960 pages avec 241 fig. en noir et en couleurs. Prix : 365 francs.

Cette nouvelle édition du Précis de neurologie du Professeur Rimbaud a été revue avec soin et entièrement remaniée. Les paragraphes consacrés à la thérapeutique ont été généralement complétés et développés, en particulier ceux du traitement de la paralysie générale, de l'épilepsie, des méningites ; les applications de la vitaminothérapie et de la sulfamidothérapie sont exposées en détail.

La description des encéphalites et des maladies à virus, l'étiologie de la poliomyélite, la symptomatologie et le diagnostic des hémorragies méningées ont été mis au point. Enfin, un important chapitre rédigé par le Professeur Barré est consacré au syndrome vestibulaire.

L'auteur a réussi à condenser en moins de mille pages les éléments de neurologie indispensables au médecin.

Livres récemment parus

Chez DOIN et Cie,
8, Place de l'Odéon

A. NÈGRE et F. ROUQUET. — **Précis de technique radiologique.** Préface du Professeur agrégé J. Didiée. Un vol. 314 p., 221 fig., 1943. Prix : 110 francs.

P. RIMBAUD, agrégé de la Faculté de Montpellier. — **Précis de séméiologie médicale élémentaire.** Un vol. 282 p., 142 fig. en noir et 17 fig. en couleurs. Prix : 145 francs.

Chez l'AUTEUR,
à Saint-Michel-en-Grève (Côtes-du-Nord)

Dr Yves COUZIGOU. — **Conceptions pathogéniques et thérapeutiques. Leur application au traitement des néoplasies.** Préface du Prof. agrégé H. Vignes. Une broch., 22 p., 1944.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de la vaccination par le BCG (scarifications) dans la police nationale

(M. Fernand BEZANÇON ; 1-2-1944)

Le docteur Négrier, chef du service de santé de la police nationale, considérant la fréquence, dans le personnel de cette administration, des cas de primo-infection tuberculeuse dont la sous-alimentation est en partie responsable, surtout dans certaines régions déshéritées, pense qu'il serait utile de vacciner par le BCG (scarifications) les agents de son service et il demande sur ce point l'avis de l'Académie.

La Commission académique de la tuberculose approuve pleinement l'opinion du Docteur Négrier, pour les sujets jeunes à cuti-réaction négative, sous réserve que toutes mesures soient prises pour assurer la bonne exécution de l'intervention vaccinale et, ultérieurement, son contrôle biologique.

Vitamine B_1 et eau sulfatée calcique (Vittel)

(MM. CHIRAY, L. JUSTIN-BESANÇON et M. DUBOST ; 1-2-1944)

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 p. 100

(MM. TRÉMOLIÈRES et ERFMANN. — Présentation par M. Noël FIESSINGER ; 1-2-1944)

MM. Trémolières et Erfmann font une troisième communication sur cette question.

Ils concluent que la moins bonne digestibilité du pain noir est sous la dépendance de l'excès de son, résultant du blutage élevé, le son adsorbant l'amylodiastase.

L'administration de diastases amylolytiques améliore la digestibilité dudit pain à l'égard des glucides. Elle agit aussi, indirectement, sur l'excrétion azotée fécale. Elle corrige plus ou moins l'augmentation de celle-ci, augmentation due en grande partie à la pullulation microbienne intestinale, conséquence elle-même d'une amidolyse incomplète.

Intoxication par des huiles industrielles ayant servi à l'alimentation et contenant du triorthocrésylphosphate

(MM. G. GUILLAIN et P. MOLLARET ; 29-2-1944)

Les auteurs ont observé, à la Salpêtrière, 12 cas d'intoxication par des huiles industrielles contenant du triorthocrésylphosphate et ayant servi à l'alimentation. Il s'est agi, soit d'ouvriers qui, pour pallier à la pénurie de matières grasses, s'étaient procuré des huiles à moteur ou à peinture, soit de personnes ayant acheté celles-ci au marché noir comme produits comestibles. Les uns et les autres avaient utilisé les huiles en question pour assaisonner des salades ou pour obtenir des fritures (poissons frits, pommes de terre frites).

Les accidents pathologiques observés à la suite de l'ingestion d'aliments ainsi préparés ont été d'ordre gastro-intestinal et surtout d'ordre neuropathique. Ils se sont traduits par des vomissements, de la diarrhée, durant un jour ou deux, puis, après un intervalle de guérison apparente de dix à vingt jours, par des troubles de névrites périphériques (paralysies des muscles du pied, de la jambe, parfois de la main, etc.), troubles améliorables en partie seulement, persistant souvent très longtemps malgré les thérapeutiques mises en œuvre. En raison de ce pronostic assez sévère, M. Guillain pense que les altérations nerveuses rencontrées ici n'ont pas été seulement périphériques mais aussi médullaires.

Les accidents survenus chez ces malades relèvent d'une intoxication par le triorthocrésylphosphate, produit ajouté, en raison de ses propriétés modelantes, à nombre d'huiles industrielles. Les intoxications par le triorthocrésylphosphate sont d'ailleurs connues. Les auteurs américains, en particulier, les ont signalées à la suite d'ingestion de boissons au gingembre ou de préparations d'apiol qui contenaient du triorthocrésylphosphate par adjonction frauduleuse.

Les oscillations des protides sanguins dans les cancers et les leucémies

(M. Maurice LOEPER, 22-2-1944)

La section totale de la moelle et l'évolution

(M. J. LHERMITTE ; 22-2-1944)

M. Lhermitte rappelle ses travaux antérieurs sur cette question, travaux qui remontent à la guerre de 1914-18. L'auteur a montré que l'on peut décrire à l'évolution des troubles causés par la section totale de la moelle dorsale une première période, de choc, marquée par l'abolition des sensibilités, par des perturbations trophiques, des relâchements des sphincters, et, si le malade survit, ce qui est évidemment assez exceptionnel, une seconde période tardive, d'automatisme médullaire, comportant la restauration du tonus musculaire, du fonctionnement des réservoirs vésical et rectal, des réflexes dits de défense. M. Lhermitte réfute quelques objections récemment faites à ces conclusions. Pour que l'apparition de l'automatisme spinal puisse avoir lieu, il convient, il va sans dire, que les conditions de nutrition du segment médullaire inférieur ne soient pas trop défavorables.

Les lésions pleuro-bronchiques et leurs mécanismes histo-pathologiques

(MM. A. POLICARD, P. GABY et F. MÜLLER ; 22-2-1944)

Essais de vaccination antituberculeuse par scarifications cutanées avec le B C G en suspensions concentrées

(MM. L. NÈGRE et J. BRETEY ; 29-2-1944)

On connaît la méthode nouvelle de vaccination anti-tuberculeuse par scarifications cutanées avec une suspension de B C G. La suspension, qui était d'abord de 5 milligr. de germes par centicube (Weill-Hallé), a été portée par M. Guérin à 20 milligr. par centicube. Pour obtenir des résultats plus réguliers sans multiplier le nombre des scarifications, MM. Nègre et Bretey ont eu recours à des suspensions de B C G plus fortes.

Il ressort de leurs essais qu'il y a intérêt à s'adresser aux suspensions contenant 70 milligr. à 100 milligr. de germes par centicube. On obtient avec elles, dans les mêmes délais qu'avec les préparations plus faibles, c'est-à-dire en trois à quatre semaines, des réactions cutanées locales légèrement plus prononcées, mais présentant la même innocuité. Les suspensions en question déterminent chez le grand enfant et chez l'adulte, vaccinés par six scarifications de 1 centimètre de longueur, l'apparition de l'allergie d'une façon plus précoce et plus régulière. Elles donnent, chez le nouveau-né, la possibilité de réduire éventuellement à 3 le nombre des scarifications.

Contribution à l'étude des champignons destructeurs de la châtaigne

(MM. A. et R. SARTORY et MOUNIR RAPHAEL ; 29-2-1944)

P. L.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 9-11-1943

Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez le cobaye et chez l'homme

MM. Pierre BOULENGER et Antoine-Camille MACLOUF. — La période anté-allergique du cobaye neuf est plus longue que celle observée chez le cobaye désensibilisé spontanément et réinoculé.

Mais, a-t-on le droit de déduire de cette loi de Baldwin-Gardner-Willis : 1° qu'une période anté-allergique écourtée peut être dans tous les cas considérée comme la signature d'une négativation antérieure ; 2° que l'absence de la réaction positive précoce peut toujours être considérée comme synonyme de virginité totale vis-à-vis de la tuberculose ?

Les auteurs discutent longuement ces deux propositions et montrent toute la complexité du problème. Ils ont étudié le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis : chez l'animal, notamment chez le cobaye, chez l'adolescent, le jeune adulte, le vieillard. L'absence de resensibilisation « au galop » est la règle presque constante chez les jeunes filles âgées de 14 à 21 ans.

L'interprétation des résultats ne peut se ramener à une simple équation mathématique. Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis ne peut dans tous les cas nous renseigner sur le passé tuberculinique de tel ou tel sujet. Il faut se défier des formules systématiques.

La radioscopie systématique de la Caisse interdépartementale d'Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise

M. P. PIZON. — Exposé de la méthode et de la technique de dépistage des sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose pulmonaire par le moyen de la radioscopie systématique des collectivités, des écoles, en particulier.

Pendant l'exercice 1941-42, les résultats ont porté sur 1.664 adolescents (centres de jeunesse) et sur 13.502 adultes (ateliers, usines, administrations, etc.). Dans l'ensemble, 6 % des sujets examinés présentaient des images pulmonaires anormales et 1,8 % étaient des tuberculeux pulmonaires.

Durant les années scolaires 1940-41 et 1941-42, exercices dont on possède maintenant les résultats complets et définitifs, 306.000 écoliers ont été examinés ; 19.108 (6,2 %) ont été signalés pour des altérations de l'image pulmonaire, et 4.951 (1,6 %) ont été reconnus tuberculeux pulmonaires et soignés comme tels. Dans la moitié des cas, il s'agissait de tuberculeux absolument ignorés.

En appréciant chacun des éléments matériels de la radioscopie systématique, on arrive à conclure à la très grande valeur de cette recherche rapide, sûre, économique. Elle doit être considérée comme un simple triage entre les images pulmonaires normales, et les images certainement ou probablement pathologiques, qui font l'objet de recherches approfondies ultérieures ayant pour résultats le diagnostic, donc la thérapeutique.



La Presse

A propos de l'examen trop sommaire des prostatiques

J. PÉRARD consacre son étude à quelques erreurs de diagnostic et de thérapeutique, dues à l'examen trop sommaire des prostatiques, quand, au toucher rectal, on trouve effectivement un adénome d'un certain volume, qui permet d'attribuer à cet adénome les troubles fonctionnels observés. Si, dans les trois quarts des cas, le diagnostic est le bon, il est des exceptions : tumeur du rein ou de la vessie avec hématuries spontanées, attribuées à la prostate ; lithiase vésicale, rénale ou urétérale ; tuberculose rénale ; diverticule vésical ; rétrécissements urétraux. En plus du cathétérisme urétéral avec recherche du résidu, de l'examen global, de la fonction rénale par l'azotémie, la constante d'Ambard, l'épreuve de P. S. P., — il faut, pour éviter des erreurs, recourir aux explorations préopératoires suivantes : examen cyto-bactériologique des urines ; examen endoscopique ; examen radiologique de l'appareil urinaire (radiographie simple, urographie intraveineuse, urétrographie, et surtout cystographie. (*Gaz. Méd. de France*, mars 1944).



Le problème de la transmission occulte de la syphilis

Le Professeur agrégé P. RIMBAUD (Montpellier) insiste sur ce mode de transmission, en somme par contamination mineure, et que traduit soit la syphilis latente des prostituées, soit la syphilis conjugale. Celle-ci est découverte chez une jeune femme inopinément, à l'occasion d'un examen sérologique, ou bien à la suite d'avortements inexpliqués, et cela sans que l'on retrouve dans les antécédents personnels de la malade des symptômes de syphilis primaire ou secondaire. La syphilis peut donc se transmettre d'une façon insidieuse, et traverser une longue période de latence jusqu'à ce que l'on assiste à une rupture de l'équilibre, entre les défenses de l'organisme et la virulence du tréponème, et à l'apparition d'accidents spécifiques du type tertiaire, cutané ou muqueux. Le contaminateur serait pratiquement toujours un ancien spécifique, cliniquement indemne de toute manifestation contagieuse. L'infection s'effectuerait par le sperme, soit par transmission de formes spiralées (mises dans l'incapacité de se multiplier du fait de la résistance des voies génitales), soit par une forme non spiralée : granules argentophiles, forme filtrante, dont l'existance et le rôle dans le cycle du spirochète sont désormais démontrés. (*La Presse médicale*, 4 mars 1944).

Les médications diphényl-hydantoïniques dans l'épilepsie

Le Docteur LETAILLEUR relate le résultat de ses essais chez trente-sept épileptiques, tous rebelles au gardenal ou à ses dérivés, employés seuls ou associés soit aux bromures, soit au tartrate borrico-potassique. Il note 16 % de guérisons apparentes, 44 % d'améliorations considérables ou très nettes, 14 % d'améliorations, 16 % d'échecs complets. La conduite du traitement est délicate ; elle exige une posologie suffisante, une suppression ralentie des barbituriques, etc. La diphényl-hydantoïne, et surtout son sel sodique, représentent une acquisition très intéressante pour le traitement de l'épilepsie, associés ou non au gardenal. (*Gaz. Méd. de France*, n° 24, 1943).

G. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Prévient et arrête les HÉMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

Le traitement spécifique de l'alcalose

ACTIPHOS

Laboratoire **ROGER BELLON**
78 bis, Avenue Marceau, Paris
24, Chemin de St-Roch, Avignon



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2



ALGIPAN MIDY

HISTAMINE — HISTIDINE

Traitement intradermique de la DOULEUR

NÉVRALGIES - ARTHRALGIES - MYALGIES - VISCÉRALGIES



LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris. - 4, Rue Besse, Vichy.
Fournisseurs des Hôpitaux.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'ÉVOLUTION DE LA JURIDICTION CORPORATIVE LES DEUX ÉCUEILS AUXQUELS ELLE SE HEURTE

La Corporation des médecins qui, à Paris, sous l'Ancien régime, était la Faculté de médecine, défendait énergiquement ses membres, mais exigeait d'eux, d'une façon absolue, le respect de ses statuts et un souci de leur honorabilité et de leur tenue qui rejaillissait sur tout le Corps médical parisien.

La juridiction corporative était sur ces points très sévère. C'est ainsi qu'en 1731, un docteur fut condamné à dix écus d'or d'amende pour, en violation des articles 75 et 77 des statuts de la Faculté, s'être rencontré au chevet d'un malade avec un empirique et avoir appliqué le traitement que ce dernier avait préconisé. Les actes de la Faculté relatent les poursuites suivies d'exclusion de la Faculté, qui entraînait l'interdiction d'exercer, de Guilbert de Préval, professeur de matière médicale, de de Cézan, de Lefebvre de Saint-Ildefont qui, spécialisés dans le traitement des maladies vénériennes, avaient usé de procédés condamnables de publicité. Guilbert de Préval fit appel devant le Parlement qui finit, cinq ans après (en 1777) par confirmer la condamnation.

Certains de ces procès devant la juridiction corporative méritent d'être évoqués encore aujourd'hui. C'est celui de Bordeu, victime innocente de la haine de son confrère Bouvart et de l'*invidia* proverbiale, qui, exclu par la Faculté, fut rétabli dans ses droits par le Parlement. C'est celui qui fut intenté à trois jeunes médecins : Bourru, qui fut le dernier doyen, Guilbert et Colombier, qui avaient lancé des prospectus proposant au public leurs soins moyennant un abonnement de 12 livres par an. Le doyen saisit le lieutenant de police de l'affaire. Il n'eut pas du reste à intervenir, les inculpés ayant fait amende honorable. La juridiction corporative agissait avec prudence. C'est ainsi qu'en 1758, quatre docteurs régents furent désignés par le doyen pour faire un rapport sur l'affaire du Docteur de Saint-Léger. Ce dernier était accusé de faits honteux et criminels. Les rapporteurs conclurent que pareils faits ne relevaient pas de leur juridiction, mais qu'ils proposaient d'exclure l'accusé de la corporation jusqu'au moment où un jugement public aurait proclamé son innocence. Nous pourrions multiplier ces exemples ; contentons-nous de ceux que nous avons cités qui montrent bien l'utilité et.. les défauts de la juridiction corporative, ces derniers corrigés par l'appel devant le Parlement.

Nos syndicats firent renaître le sentiment corporatif dans le Corps médical. Devant l'impuissance de leurs conseils de famille, un mouvement d'opinion y naquit en faveur de la création d'un Ordre des médecins. En attendant ils s'efforcèrent d'arracher à la juridiction de droit commun les conflits des praticiens avec les collectivités par des commissions de contrôle où les médecins seraient représentés. C'est ainsi que le Syndicat de la Seine inaugura la Commission d'arbitrage avec les Compagnies d'assurances pour les conflits d'honoraires pour soins donnés dans les accidents du travail.

Les Syndicats médicaux parvinrent à donner un caractère officiel à la représentation des médecins dans les Commissions de contrôle mixtes.

Déjà cette représentation existait pour le contrôle départemental de l'Assistance médicale gratuite.

La *loi du* 31 *mars* 1919 l'établit pour les soins aux pensionnés de guerre (*article* 64) en confiant en plus le Secrétariat des Commissions de contrôle départementales et des Commissions supérieures d'appel à un médecin, chargé de rapporter sur les cas soumis à ces Commissions. Cette loi a été complétée par le *Décret du* 10 *septembre* 1942. Vinrent les Assurances sociales qui multiplièrent les conflits ; Le *règlement d'administration publique du* 19 *mars* 1936 (*art.* 16) confia le contrôle technique des Assurances sociales aux Syndicats professionnels et nous vîmes un Conseil de famille, élu par la Confédération, pourvu de sanctions suffisantes. D'autant plus qu'on étendit à tout l'exercice de la médecine sociale (Assistance, Assurances sociales, accidents du travail, soins aux pensionnés de guerre) la peine d'interruption de l'activité du médecin pour une seule de ces branches de la médecine sociale. Un *arrêt de la Cour de cassation* (*Chambre sociale*, 7 *juillet* 1942) ratifia cette interdiction jugée excessive.

Vint la création d'un Ordre des médecins (*loi du* 7 *octobre* 1940) qui inaugura la juridiction corporative. Cette loi dotait les Conseils départementaux de pouvoirs juridictionnels professionnels qui allaient jusqu'à l'interdiction d'exercer définitivement. On trouva que le cadre départemental était trop étroit pour assurer l'impartialité des décisions et que les Conseils départementaux avaient suffisamment à faire en assurant leur tâche administrative.

La *loi du* 10 *septembre* 1942 (*art.* 7) institua les conseils disciplinaires régionaux qui eurent dans leur ressort plusieurs départements. Affranchis davantage des influences locales, ces Conseils régionaux peuvent administrer une justice corporative plus indépendante et plus impartiale. Ils se heurtent à deux écueils que nous tenons à exposer parce qu'on nous a déjà signalé quelques exemples.

Ces écueils sont un excès de sévérité et un excès d'indulgence. Ces *excès de sévérité* dans les sanctions tendent à réprimer pour la première fois un fait blâmable en soi, mais excusable par l'ignorance des règles de la profession d'un jeune praticien ou par l'inattention.

Les *excès d'indulgence* sont plus graves quand il s'agit de récidive ou de manquement à la probité professionnelle, si ce n'est à la probité tout court. Les excès d'indulgence, — par exemple, dans un cas qui nous a été signalé pour un récidiviste de l'infraction aux règles de médecine sociale (Assurances sociales et soins aux pensionnés de guerre), accusé en outre de faux certificat de décès pour un pensionné de guerre, sanction : avertissement en chambre du conseil, (c'est-à-dire un acquittement déguisé) — non seulement choquent en nous le sentiment de la justice, mais ce qui est plus grave compromettent la juridiction corporative auprès des dirigeants des collectivités qui, devant cette carence de la juridiction corporative, auront tendance à porter leurs conflits devant la juridiction de droit commun.

J. Noir.

DROIT PROFESSIONNEL

LE STATUT DU CORPS MÉDICAL EN TEMPS DE GUERRE

Redoutant la survenance d'évènements qu'il n'hésite pas à qualifier d'éventuels le Conseil du Collège de la Seine, en un communiqué tout napoléonien (le style en moins), vient d'enjoindre à ses troupes de demeurer à leur poste quoi qu'il arrive, et au besoin de se faire tuer sur place. Cette décision, dont on ne peut méconnaître la gravité pour ceux qu'elle concerne, ne paraissait reposer que sur la seule autorité du Conseil et sur la haute conception qu'il se fait à juste titre de l'honneur d'une profession dont il a la garde.

Plus explicite en ses communiqués, le Conseil de l'Ordre de Seine et Oise, tout en donnant une consigne identique, invoque un ordre absolu du ministre de la Santé. Seul un ordre contraire émanant des autorités compétentes pourrait relever les médecins de l'obligation qui leur est ainsi imposée.

Mais en l'absence de toute référence à une décision législative ou réglementaire, il était normal que les assujettis en vinssent à demander quelques précisions quant au fondement légal d'une telle mesure, à s'inquiéter aussi de la protection sur laquelle eux-mêmes ou leur ayants cause pourraient compter en cas de trop prévisibles accidents. Nous allons étudier ici même s'il est possible d'apaiser ces légitimes inquiétudes.

Fondement normal des réquisitions

Bien qu'il soit difficile actuellement de l'oublier, il nous faut ici rappeler que nous sommes toujours en guerre, non seulement « de facto » mais encore « de jure ». Ou plutôt notre situation actuelle, constitue un des cas visés à l'art. 1er de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la Nation pour le temps de guerre. Cette loi accorde on le sait, en une telle période, aux autorités publiques des pouvoirs exorbitants du droit commun, tant sur les personnes que sur les biens. Laissons de côté aujourd'hui les biens qui sont hors du débat et voyons de plus près ce qui concerne les personnes. Leur emploi est réglé par les art. 14 et suivants de la loi, ainsi que par les art. 10 et suivants de son décret d'application du 28 novembre 1938. Nous distinguerons ici deux catégories de réquisitions : les réquisitions individuelles et les réquisitions collectives.

a) Réquisitions collectives

Elles sont prévues par le § 6 de l'art. 14 précité. Selon lui en effet : « peuvent être soumis à réquisition, chaque individu conservant sa fonction ou son emploi, l'ensemble du personnel faisant partie d'un service considéré comme indispensable pour assurer les besoins du pays ». Etant donné le caractère extensif donné par certains récents arrêts de jurisprudence à la notion de service public en matière médicale, ce texte pourrait déjà servir de base à la réquisition collective du Corps médical d'une ville ou d'une région si le besoin venait à s'en faire sentir.

Mais il existe en notre matière dans le cadre même de la loi générale du 11 juillet 1938 un texte spécial au Corps médical, nous voulons parler du décret-loi du 11 septembre 1939 sur l'exercice de la profession médicale en temps de guerre.

Selon l'art. 1er du décret : « à la mobilisation ou dans les cas prévus à l'art 1er de la loi du 11 juillet 1938 les médecins non mobilisables et les femmes médecins de nationalité française, *sont à la disposition du ministre de la Santé publique* pour les besoins de la population civile, *et tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession.* »

Le juriste soucieux avant tout de la lettre des textes pourrait évidemment soutenir que cette disposition ne s'applique qu'aux médecins non soumis aux obligations militaires et n'a point le caractère de généralité que présente l'ordre du ministère transmis par les Conseils des Collèges. A la vérité cet argument est, même au seul point de vue juridique, de bien peu de poids. En effet, la loi ne précise pas pour quelle raison la mobilisation de ceux qu'elle vise ne peut avoir lieu, et nul ne saurait contester que cette mobilisation n'est point possible actuellement. D'autre part, derrière le décret du 11 septembre, se profilent les dispositions générales de l'art. 14 de la loi de 1938 lequel soumet à réquisition tous les français de sexe masculin âgés de plus de 18 ans, « même soumis aux obligations militaires définies par la loi de recrutement ».

Une seconde objection ne manquera pas d'être faite. Ce texte n'a point cessé d'être théoriquement en vigueur depuis 1939 et pourtant, par suite même des circonstances, de nombreux médecins se sont, au cours de ces dernières années, dépliés et repliés en tous sens, sans que les autorités publiques aient en aucune manière songé à mettre obstacle à leur déplacement. Cet argument de pur fait ne peut résister à l'examen. Il est évident en effet que la législation de 1939 n'avait pu prévoir la situation dans laquelle nous nous trouvons depuis bientôt 4 ans. Il était normal que durant cette période de paix relative dans la guerre les autorités publiques aient renoncé à se prévaloir d'un texte qui ne répondait plus à des préoccupations actuelles. Ce texte n'en a pas moins conservé intacte toute sa valeur légale et coercitive. En sorte que les mêmes autorités publiques sont incontestablement en droit de s'en prévaloir à nouveau, si les circonstances qui leur avaient donné naissance viennent à se reproduire aujourd'hui. Il était opportun seulement que les assujettis éventuels fussent prévenus en temps utile de ce changement de position. Voilà aujourd'hui qui est fait.

b) Les réquisitions individuelles

Il nous revient de divers côtés que les autorités préfectorales sont à l'heure actuelle fréquemment amenées à pourvoir, par voie de réquisition, à des postes de médecine publique à temps partiel (vaccination obligatoire, inspection médicale des écoles, etc.) qui, sans ce moyen coercitif, n'eussent pu normalement trouver de titulaire. Il est assez curieux de noter au passage en effet que le praticien de campagne, surchargé de besogne et dépourvu de moyens de transport, se refuse aujourd'hui à remplir ces postes qui eussent suscité autrefois plus de candidats que de titulaires. Nous livrons ce fait à ceux qui osent encore aujourd'hui parler de pléthore en pleine période de pénurie.

Généralement le requis ne se déclare point satisfait du sort qui lui échoit et n'est pas loin d'y voir un acte arbitraire, sinon un excès de pouvoir. Il n'en est évidemment rien, et l'autorité publique ne fait qu'user des pouvoirs qu'elle tient de l'art. 14 déjà cité. Rappelons seulement que selon son § 3 « les requis sont utilisés suivant leur profession et leurs facultés ou s'il y a lieu suivant leurs aptitudes, en commençant par les plus jeunes et en tenant compte de la situation de famille ». Notons aussi que le décret-loi du 11 septembre 1939 relatif à la profession médicale a prévu dans son art. 3 la possibilité pour un médecin d'être chargé d'un service

public d'une manière intermittente ou exceptionnellement permanente. Enfin l'art. 1er *in fine* permet au Ministre de la Santé d'assigner à un médecin déterminé un poste autre que celui où il exerce, si les besoins de la population civile l'exige. Cette disposition évite les inconvénients de la « mobilisation sur place » qui fige le Corps médical et ne lui permettrait point de suivre comme il se doit les mouvements de la population objet de ses soins.

Sanctions

Désireux sans doute de manifester un louable esprit coporatiste, le Conseil de la Seine a présenté l'éventuelle mobilisation civile de ses ressortissants comme une simple décision du Collège. On pourrait alors présumer que de cette décision ne découleraient que des obligations professionnelles et morales. Une telle conclusion constituerait une lourde erreur.

Toute infraction aux réquisitions qu'elles soient au reste individuelles ou collectives, fondées sur l'art. 14 de la loi du 11 juillet 1938, ou l'art. 1er du décret-loi du 11 septembre 1939, est en effet passible des sanctions pénales portées à l'art. 31 de la loi sur l'organisation de la nation pour le temps de guerre. Et ce texte n est point purement théorique en ce qui concerne la mobilisation sur place. Nous avons eu connaissance en effet de poursuites intentées et de condamnations obtenues à la suite de l'exode pour infraction à l'article 1er du décret du 11 septembre, et seules les circonstances « atténuantes » de l'époque ont pu faire en sorte que les sanctions ne soient que de principe.

En ce qui concerne plus particulièrement les réquisitions individuelles, nous devons mettre en garde les requis contre les conséquences fort graves des sanctions disciplinaires. Parfois en effet le requis involontaire refuse de remplir le service qui lui est affecté et pense avoir obtenu gain de cause si cette désobéissance grave entraîne son exclusion du poste qui lui était destiné. En réalité cette mesure d'exclusion a de désastreuses conséquences. En vertu du décret-loi du 9 juin 1934 l'intéressé doit en effet cesser d'office d'exercer toutes les autres fonction- de médecine publique, et l'on doit savoir que selon la jurisprudence de la Chambre sociale de la Cour de cassation (arrêt du 6 juillet 1942) les divers services de médecine sociale (A. M. G., art. 64, accidents du travail, Assurances sociales) sont considérés comme tels. C'est donc pour le médecin sanctionné une suspension quasi-totale du droit d'exercer sa profession.

Enfin l'on ne doit point mésestimer la signification des communiqués de l'Ordre. Ils prouvent somme toute que ce dernier a faite sienne l'obligation découlant de la loi. Toute infraction constitue alors non seulement un délit, mais encore une faute professionnelle, une atteinte portée à l'honneur médical, pouvant être sanctionnée comme telle par les juridictions de l'Ordre et donner lieu éventuellement à des suspensions temporaires dans le cadre de la loi du 10 septembre 1942,

Statut et protection légale

La mobilisation civile ne change point la valeur des rapports existant entre les médecins et leurs clients individuels ou collectifs. Ces rapports continuent à être régis par les modes du droit privé. Cette règle résulte expressément de l'art 2 du décret-loi du 4 septembre 1939 selon lequel « les médecins chargés des soins à la population civile sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent notamment à recevoir les honoraires de la clientèle ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge des collectivités. » Le texte rappelle que les médecins appelés à exercer hors de leur domicile ont droit au logement. Quant à ceux qui seraient chargés d'une façon intermittente d'assurer un service public, ils reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations fixées par arrêté ministériel.

Rien par contre dans les textes que nous avons analysés jusqu'à maintenant n'est venu régler la question fort importante cependant des droits des médecins ou de leurs ayants-cause en cas de réalisation des risques graves auxquels ils seraient journellement exposés. On comprend aisément que cette apparente carence ait quelque peu inquiété les lecteurs attentifs des communiqués lapidaires qui leur étaient destinés.

Il nous est heureusement possible de les rassurer quelque peu. En effet une loi du 26 juillet 1941 est venue étendre aux victimes civiles de la guerre actuelle et à leurs ayants-cause de nationalité française les dispositions de la loi du 24 juin 1919 modifiée par celle du 28 juillet 1921, en ce qui concerne les infirmités ou le décès provenant de blessures reçues ou d'accidents survenus dans les conditions prévues par les lois précitées.

Sont réputées causées par des faits de guerre les blessures, mortelles ou non, reçues au cours des opérations militaires conduites par les armées alliées ou ennemies et qui ont été occasionnées par un fait précis dû à la proximité de l'ennemi, celles résultant d'acte de violence commis par l'ennemi, les blessures ou la mort provoquées même après la fin des opérations militaires par des explosions de projectiles des éboulements ou tous autres accidents pouvant se rattacher aux évènements de la guerre par suite de l'état des lieux, ainsi que la mort survenue ou les blessures reçues au cours d'exécution de travaux imposés par l'ennemi en pays envahi.

Le principe de la loi est que tout français sans distinction d'âge ou de sexe non bénéficiaire de la loi sur les pensions militaires, et qui par suite d'un fait de guerre aura reçu une blessure ou contracté une maladie aura droit à une pension définitive ou temporaire à condition toutefois que l'infirmité en résultant entraîne un degré d'invalidité égal ou supérieur à 10 %.

En cas de décès de la victime, ses ayants-droit pourront dans les mêmes conditions que les ayants-droit des militaires se prévaloir des dispositions de la législation sur les pensions militaires. Sont applicables aux victimes civiles de la guerre toutes les dispositions de ladite législation concernant les majorations pour enfants et les soins nécessités par la blessure ou la maladie.

Toute personne demandant le bénéfice de la présente loi devra se mettre en instance auprès du ministre des pensions dans l'année qui suivra l'accident.

***

Nous avons donc établi en résumé que la mobilisation civile sur place du corps médical ne constitue point une simple décision corporative mais repose au contraire sur une disposition légale dans le cadre de l'organisation de la nation pour le temps de guerre. En conséquence, toute infraction à cette disposition constitue un délit pénalement sanctionné ; elle sera en outre considérée par l'Ordre comme une atteinte à l'honneur de la profession. L'exercice sur place de la médecine continue a avoir lieu selon les modes du droit privé Aucune protection légale spéciale n'a été prévue contre les risques de guerre pour les mobilisés sur place. Ils

bénéficient des dispositions générales de la loi sur la protection des victimes civiles de la guerre c'est-à-dire en gros de la législation sur les pensions militaires.

Mais cette protection ne peut, à notre sens, être considérée que comme un minimum. Il nous semblerait opportun qu'à l'effort de la solidarité nationale vienne se joindre en outre celui de la solidarité professionnelle. Nous savons certes que des fonds importants ont déjà été recueillis, des secours non moins importants déjà versés dans certaines régions et notamment dans la Seine. Mais il s'agit là d'allocations bénévoles, non de droits garantis, et les inégalités sont grandes d'une région à l'autre.

Il est donc nécessaire selon nous que la solidarité professionnelle déborde le cadre trop étroit du département et s'organise réellement sur le plan national. Il est non moins nécessaire que la distribution des allocations soit réglementée et contrôlée. Nous demandons donc que le Conseil national mette à profit le répit que les évènements nous laissent encore pour mettre sur pied cette organisation et la faire connaître au Corps médical. Plus que des communiqués impérieux, cet acte conduira les médecins à se donner, l'esprit plus libre, à une tâche que la loi leur impose mais que la nature même de leur profession leur confie

Jean MIGNON.

LIBRES OPINIONS

SUR L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Après avoir publié l'avis du Docteur Beauchef sur les hôpitaux cantonaux (Concours Médical, 15 *mars* 1944), *nous présentons aujourd'hui aux lecteurs l'argumentation contraire d'un autre chirurgien de province. Sur une question aussi vaste, aussi actuelle et aussi importante pour le Corps médical, nous croyons profitable que de tels échanges de vues s'instituent pour étudier tour à tour les divers aspects et énoncer, si possible, en fin de compte, une doctrine univoque.*

Maison de santé privée dans les grandes villes hôpital de toutes classes dans les petites, conclut votre correspondant.

Ce serait très défendable, s'il s'agissait d'une organisation nouvelle à bâtir de toutes pièces ; si l'on avait attendu le décret de M. Grasset et l'avis de M. Beauchef pour faire quelque chose.

Mais il ne faudrait pas oublier qu'il y a longtemps que l'on fait de la chirurgie en dehors des grands centres et qu'il y a des situations acquises qui ne respectent pas du tout la théorie précédente : il y a de grandes villes comme Niort où fonctionne l'hôpital toutes classes ; il y en a de petites où sont installées des maisons de santé privées.

Va-t-on bouleverser tout cela au nom de la théorie obligeant les chirurgiens de grandes villes à installer des cliniques et ceux des petites à fermer les leurs?

Je ne crois pas que des gens raisonnables et impartiaux puissent le souhaiter. On ne peut faire quelque chose de pratique et d'équitable qu'en tenant compte des droits acquis.

Malheureusement, les confrères discutant de ce qui devrait être le statut des hôpitaux, oublient de considérer la situation actuelle dans son ensemble et ne la voient que de leur seul point de vue.

Or, en éliminant les grandes villes, sièges de Faculté ou d'Ecole, on se trouve en présence de deux situations acquises différentes et inconciliables :

En certains endroits, le chirurgien a eu à sa disposition sans bourse délier, une véritable maison de santé à l'hôpital, dans d'autres, il a dû s'imposer la charge de construire une clinique privée.

Le point de vue de ces deux chirurgiens sur le statut des hôpitaux sera toujours différent et de ce désaccord du Corps médical résultera son impuissance absolue pour obtenir des mesures équitables.

Il n'y a qu'une seule façon d'en sortir : réclamer un statut différent pour les hôpitaux suivant que déjà il y a ou il n'y a pas, dans leur ville, une Maison de santé privée.

Là où celle-ci existe, l'hôpital devrait être limité dans son rôle ancien et ne devrait pas pouvoir se mettre à concurrencer l'initiative privée, d'autant plus qu'il le fait dans des conditions privilégiées. L'hôpital, n'apportant aucun avantage au chirurgien, devrait rémunérer normalement ses services.

Là où, au contraire, l'initiative privée est en défaut on pourrait admettre assez facilement que les Pouvoirs publics missent à la disposition du chirurgien, dans l'intérêt général, une Maison de santé pour leurs malades payants. Mais ceux-ci ne devraient pas oublier qu'il y a là un avantage considérable et que les fonds de l'Assistance et du Paris Mutuel ne sont pas faits principalement pour leur fournir gratuitement un instrument de travail indispensable. Il est donc normal qu'en retour ils éprouvent quelques désavantages sous forme de limitation de tarifs et qu'ils accomplissent gratuitement certains services d'assistance.

On comprend facilement que ces chirurgiens trouvent normaux et naturels les avantages et supportent impatiemment les quelques inconvénients dont ils les paient. Qu'ils veuillent les voir disparaître, si cela ne porte pas tort aux autres, soit. Mais proposer froidement dans ce but de supprimer toutes les cliniques de petite ville déjà existantes, ou de leur rendre la vie impossible, c'est aller un peu fort et faire preuve d'un singulier égoïsme.

Les chiffres indiqués à l'appui de cette théorie sont d'ailleurs extrêmement discutables : 50.000 habitants pour un service de 50 lits représentant l'activité moyenne d'un chirurgien !

En comptant une hospitalisation moyenne de 15 jours par opération, cela fait 24 opérations par lit et par an, donc 1.200 pour 50.000 habitants, soit 24 pour 1.000, chiffre très supérieur aux statistiques courantes des Mutuelles qui parlent en général de 8 ou 10 par 1.000 au maximum. Et cela ferait 1.200 opérations par an pour « l'activité moyenne » d'un chirurgien. Espérons que cette affirmation ne tombera pas entre les mains du Contrôleur des Contributions.

Il est de même très discutable de dire que, dans une ville où un chirurgien a une clientèle suffisante pour vivre, il est impossible de créer et de faire fonctionner deux organismes, l'un pour indigents et l'autre pour malades payants ; l'exploitation d'une clinique est commercialement possible à partir de 10 lits. Mais même si cela était démontré, s'en suivrait-il que la clinique privée, si elle existe et si elle a trouvé moyen de vivre jusqu'ici doive disparaître pour ne pas gêner l'hôpital ?

On objectera évidemment que les Pouvoirs publics admettent difficilement deux statuts hospitaliers différents suivant qu'ils y a ou qu'il n'y a pas une clinique privée. Mais s'il ne doit y en avoir qu'un seul, pourquoi doit-on sacrifier une catégorie plutôt que l'autre.

D'ailleurs, le double statut n'était-il pas esquissé dans le dernier décret où l'on envisageait l'ouverture de cliniques annexes là seulement où l'initiative privée était en défaut. Il n'y a qu'à s'engager résolument dans cette voie en posant en principe le respect des situations acquises et non point une nouvelle répar-

tition basée sur des considérations théoriques, telles que l'importance de la ville.

C'est en tous cas, la seule façon de faire l'unanimité des chirurgiens et de constituer ainsi une force appréciable.

Au contraire, tant que l'on discutera sur un statut unique des hôpitaux, tant qu'une catégorie de chirurgiens ignorera les intérêts de l'autre, jamais l'entente ne sera possible. Nous n'aurons aucun programme de revendications à proposer et à défendre et nous serons tous tondus aussi bien ceux qui possèdent une Maison de Santé que ceux qui opèrent dans un hôpital toutes classes.

Dr Barthélemy (Sarlat).

CHRONIQUE AUTOMOBILE

UTILISATION DU GAS OIL DANS LES MOTEURS A EXPLOSION

Par Henri Petit

Ancien élève de l'Ecole polytechnique
Rédacteur en chef de la « *Technique automobile* »

Les possesseurs de voitures automobiles s'intéressent beaucoup en ce moment au gas oil qui serait susceptible, sous certaines conditions, d'être utilisé dans leurs moteurs au lieu d'essence. La chose peut surprendre au prime abord. Elle mérite donc, d'une part, explication et d'autre part, examen, quant aux possibilités d'emploi et conséquences possibles.

Le gas oil est un produit peu volatil qui passe, à la distillation, après le pétrole lampant et avant les huiles de graissage. Il ne convient en aucun cas à l'alimentation des moteurs à carburateurs, parce qu'il ne donne pas, à la température ambiante, de vapeurs susceptibles de brûler dans l'air. Il en est ainsi, tout au moins pour le véritable gas oil.

Le gas oil est, par contre le combustible de choix des moteurs Diesel, qui ont été construits pour son utilisation et où, comme on sait, l'allumage se fait en raison de l'augmentation de température due à la compression.

Comme un moteur Diesel ne peut absolument pas fonctionner à l'essence pure et qu'à l'heure actuelle, l'essence est moins rare que le véritable gas oil, on prépare, pour le moteur Diesel, un combustible que l'on désigne souvent et improprement d'ailleurs sous le nom de *gas oil léger* qui se compose en réalité de gas oil véritable ajouté à une très forte proportion d'essence. Cette proportion d'essence peut atteindre et même dépasser 50 % du volume total du mélange, Grâce à la présence du gas oil dans ce combustible. il convient pour les moteurs Diesel, mais il se trouve également que, grâce à la présence de l'essence,il convient aussi, dans une certaine mesure, pour les moteurs à essence.

On peut donc, avec certaines précautions, employer ce gas oil dit léger, pour alimenter les moteurs à carburateur.

Les avantages, on les voit immédiatement : si l'on dispose de gas oil léger, sans avoir d'essence, on peut rouler, ce qui est évidemment le but essentiel poursuivi ; si l'on posède également un peu d'esence, on peut l'allonger avec du gas oil léger, et le moteur fonctionne dans de meilleures conditions qu'avec le gas oil léger seul.

Est-ce à dire que tout va aussi bien qu'avec l'essence ? Non, certainement. Voyons donc les inconvénients de l'utilisation dans un moteur à carburateur de gas oil léger soit pur (si l'on peut dire) soit allongé d'essence.

Le gas oil brûle plus difficilement que l'essence. Il y a donc toute chance pour qu'il brûle incomplètement dans le cylindre et que par suite, il produise un encrassement des organes intérieurs au cylindre, c'est-à-dire, des soupapes, des bougies, des segments de pistons eux-mêmes, par un dépôt sur les parois de la culasse et le fond du piston.

En outre, des portions de gas oil non brûlées peuvent passer à l'état liquide entre le cylindre et le piston et venir diluer l'huile du carter. Ces inconvénients manifesteront leurs effets surtout à la longue. D'une façon immédiate, on constatera, si la proportion de gas oil est assez forte, une certaine difficulté de mise en route, surtout par le froid. Aussi, la nécessité de réchauffer un peu le moteur, ou plutôt de diminuer son refroidissement pour obtenir plus vite la température correcte de marche se fait sentir.

En outre, le gaz oil plus détonant que l'essence, le moteur aura une tendance marquée à cliqueter, en particulier aux reprises.

Il est bien évident que ces inconvénients feraient rejeter ce combusticle en temps normal, mais aujourd'hui où il s'agit de rouler, on peut passer sur bien des choses et s'accommoder de gas oil léger même sans mélange d'essence.

Reste maintenant à voir comment on peut atténuer sinon supprimer ces inconvénients et surtout en diminuer les conséquences.

D'abord, on mettra toujours le plus d'essence possible : tout cela dépend des quantités respectives de gas oil léger et d'essence dont on dispose. Ensuite on devra diminuer l'avance à l'allumage pour éviter autant que possible le cliquetis et surtout la détonation qui pourrait être provoquée en cas de cliquetis trop exagéré et prolongé.

Il ne faudra pas abuser de l'emploi du starter qui provoquerait une dilution assez rapide de l'huile du carter. Enfin, après un temps de marche plus ou moins prolongé, il sera nécessaire de procéder à un nettoyage de la culasse, et peut être aussi à un rodage des soupapes. On sera prévenu de cette nécessité, quand le cliquetis deviendra plus violent ou que l'étanchéité du cylindre sera moins bonne.

Il sera bon, en outre, de surveiller l'état de l'huile de graissage dont le niveau dans le carter aura plutôt tendance à monter qu'à baisser. Si cette huile devenait trop fluide, c'est-à-dire, contenait une trop forte proportion de gas oil, il conviendrait de la changer. On pourrait alors songer à l'utiliser elle-même (en mélange avec autant d'essence que possible) pour la consommer dans le moteur. Mais les inconvénients seraient alors les mêmes que ceux que nous avons signalés pour le gas oil, et nettement amplifiés.

Donc, en résumé : marche possible. *Ajoutez autant d'essence que possible ; surveillez le cliquetis et décrassez quand il est trop violent ; enfin, surveillez la fluidité de l'huile de graissage.*

* * *

Quelques-uns de nos lecteurs nous demandent en outre si l'on peut ajouter au mélange gas oil-essence, une certaine proportion d'alcool.

On sera obligé, dans ces conditions, pour obtenir un mélange homogène, avec l'alcool, d'ajouter un unisseur qui peut être soit du benzol, soit de l'éther.

Pour trouver les proportions convenables, on opèrera par tâtonnement en mettant dans une éprouvette un mélange de gas oil, d'essence et d'alcool, dans les proportions que l'on se propose d'utiliser. On ajoutera progressivement du benzol ou de l'éther, jusqu'à ce que le mélange devienne homogène et ne se trouble pas à la température ambiante. On notera

la proportion d'unisseur utilisée et on opèrera le mélange définitif en observant ces mêmes proportions.

La présence de l'alcool ne peut qu'améliorer le fonctionnement du moteur avec le gas oil, faisant disparaître la plupart des inconvénients signalés ci-dessus : à savoir, le cliquetis et l'encrassement.

Seul, le passage du gas oil dans le carter reste à craindre, même avec l'alcool.

Enfin, si l'on emploie de l'alcool dans le mélange, il est indispensable de réchauffer autant que possible le moteur en couvrant le radiateur et en prévoyant une prise d'air chaud au carburateur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Conseillers techniques médicaux

Arrêté du 8 mai 1944 abrogeant les arrêtés antérieurs concernant les conseillers techniques médicaux

Art 1er. — Les dispositions des arrêtés du 26 décembre 1943 et de l'arrêté du 8 mars 1944, portant création de conseillers techniques médicaux, institution d'un comité central des conseillers techniques médicaux au secrétariat d'Etat au Travail et nomination de ces conseillers techniques médicaux, sont abrogées.

Art. 2. — M. le Docteur Bize est chargé, à titre temporaire, des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale prévues à l'article 3 de la loi du 31 octobre 1941 sur la protection médicale du travail.

(*J. O.*, 13 mai.)

Infirmières

Un arrêté du 25 avril 1944 fixe les conditions d'attribution des autorisations d'exercice pour la profession d'infirmier ou d'infirmière.

(*J. O.*, 20 mai).

Médecine du travail

Arrêté du 8 mai 1943 sur l'organisation du comité permanent de la médecine du travail

Art. 1er. — Le comité permanent créé par arrêté du 6 octobre 1942 et chargé, ainsi qu'il est prévu à l'article 4 de la loi du 31 octobre 1941, d'élaborer la doctrine de la médecine du travail et de fixer les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail, est réorganisé et complété dans les conditions fixées aux articles ci-après.

Art. 2. — Le comité permanent de la médecine du travail comprend vingt-six membres, soit :

1° Douze membres choisis à raison de leurs fonctions, savoir :

Le secrétaire général au travail ;
Le directeur de l'organisation sociale ;
Les trois médecins inspecteurs généraux du travail ;
Le directeur de la formation professionnelle ;
Le médecin inspecteur général, directeur des services médico-sociaux de la main-d'œuvre ;
Le directeur des mines au ministère de la Production industrielle et des Communications ;
Le directeur de la santé au ministère de la Santé et de la Famille ;

2° Sept membres choisis par le ministre, secrétaire d'Etat au Travail et à la Solidarité nationale, dont un représentant de chacune des trois catégories prévues à l'article 28 de la loi du 4 octobre 1941 ;

3° Sept membres nommés sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Art. 3. — Le comité permanent est présidé par le secrétaire général au Travail. Un vice-président est nommé par le ministre, sur proposition du comité.

Art. 4. — Le comité permanent pourra constituer dans son sein des sous-commissions techniques pour l'étude de questions déterminées.

Art. 5. — Le secrétaire général au Travail pourra, pour l'étude de questions déterminées et sur proposition du comité, adjoindre à ce dernier ou à ses sous-commissions techniques toutes personnes ayant une compétence particulière.

Art. 6. — Le secrétariat du comité permanent et de ses sous-commissions est assuré par le bureau chargé des questions médicales et sociales au ministère du Travail.

Art. 7. — Les dispositions de l'arrêté du 6 octobre 1942 sont abrogées. (*J. O.*, 18 mai.)

Arrêté du 8 Mai 1944 portant nominations au comité permanent de la médecine du travail (extraits)

M. Bize, médecin inspecteur général du travail (nouveau membre).

M. Giry, médecin inspecteur général, directeur des services médico-sociaux de la main-d'œuvre (ancien membre).

M. le professeur agrégé Sureau, médecin inspecteur général au ministère de la Production industrielle et des Communications (ancien membre).

M. le professeur Codvelle, directeur de la Santé et de la Famille (ancien membre).

M. le docteur Bour, médecin conseil de la direction des industries chimiques au ministère de la Production industrielle et des Communications (ancien membre).

M. le docteur Godard, directeur adjoint technique de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales (nouveau membre).

M. le docteur Martiny, médecin chef des ateliers-écoles de la Chambre de commerce de Paris (ancien membre).

M. le professeur Parisot, professeur à la faculté de médecine de Nancy, président du comité technique d'action sanitaire des Assurances sociales (ancien membre).

M. le docteur Ballan, médecin inspecteur du travail (nouveau membre).

M. le professeur Duvoir, directeur de l'institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail à la Faculté de médecine de Paris (ancien membre).

M. le professeur Leclerc, doyen de la Faculté de médecine de Lille, professeur de médecine légale (ancien membre).

M. le professeur Mazel, professeur à la Faculté de médecine de Lyon (ancien membre).

M. le docteur Phalippon, médecin de service médico-social interentreprise (nouveau membre).

M. le docteur Vidal, chef de cabinet du ministre de la Santé, directeur régional de la santé et de l'assistance (nouveau membre).

M. le professeur Duvoir est nommé vice-président du comité permanent. (*J. O.*, 13 mai).

Thermomètres médicaux

Loi du 1er avril 1944 relative à la vente des thermomètres médicaux

Art. 1er. — Sont seuls autorisés à vendre des thermomètres médicaux :

a) Pour la vente en gros :

Les fabricants de thermomètres médicaux ;

Les droguistes en pharmacie ;

Les répartiteurs en produits pharmaceutiques ;

Les négociants en gros de matériel médico-chirurgical ;

b) Pour la vente en demi-gros et au détail :

Les pharmaciens ayant officine ouverte au public ;

Les herboristes diplômés exploitant un commerce d'herboristerie ;

Les négociants en demi-gros et détail vendant du ma-

tériel médico-chirurgical et les opticiens lunetiers qui en auront fait la déclaration à la préfecture, dans les conditions prévues à l'article suivant.

Art. 2. — Toute personne qui débite à titre gratuit ou onéreux des thermomètres médicaux sans y être autorisée, sera punie d'une amende de 1.200 fr. à 12.000 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 6.000 fr. à 60.000 fr., sans préjudice de la saisie des thermomètres détenus illégalement par le délinquant.

Art. 4. — Les inspecteurs des pharmacies sont qualifiés pour constater les infractions à la présente loi.

Art. 5. — A titre transitoire, un délai d'un mois à dater de la publication de la présente loi est imparti aux personnes non autorisées, pour vendre les thermomètres détenus ou pour les céder à l'une des personnes visées à l'article 1er. (*J, O.*, 18 mai.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

THÉORIE ET APPLICATION — REFUS DE CIRCONSTANCES — UNE RÉFORME DE LA LOI SUR LES ALLOCATIONS FAMILIALES EST DÉCIDÉMENT SOUHAITABLE — RÉCAPITULATION — FISC ET ASSURANCES SOCIALES.

La théorie, c'est-à-dire la loi, prescrit de déclarer les maladies vénériennes.

Dans la pratique, c'est-à-dire sous les yeux du praticien, voici comment les choses se passent. C'est un de nos lecteurs qui nous fait part de cette éclaboussade survenue dans sa clientèle.

Une de ses clientes lui exhibe une magnifique syphilis secondaire et, après de multiples réticences, lui livre le nom du contaminateur. Mais quant à amener celui-ci chez le médecin, elle refuse véhémentement de s'en charger. Soucieux de ses responsabilités le médecin convoque donc chez lui le porteur présumé de spirochètes. Aucune réponse. Mieux ! il s'avise que cet homme, marié, père de famille, continue à mener une vie de débauché. Donc nécessité de saisir les autorités sanitaires. Ce que fait le médecin, suivant les injonctions précises de la loi. *Un mois après* une assistante sociale se présente à l'adresse indiquée, excipe d'une *plainte* déposée par le Dr X contre M. Y et somme celui-ci de se rendre à jour dit au dispensaire sous peine d'être appréhendé par les gendarmes. Tout ceci en présence de la conjointe qui est invitée elle aussi à se faire examiner.

L'entretien conjugal qui suivit dut être assez orageux : M. X ne fit qu'un saut jusqu'au domicile du médecin et arriva bouillant de fureur. Mais le médecin, calme et persuasif, lui fit comprendre l'intérêt d'une prise de sang.

« Vous n'avez probablement rien, dit-on au dispensaire ; c'est sans doute une erreur », et l'on ne procède à la prise de sang qu'à contre-cœur, par simple acquit de conscience.

Or elle est positive, mais le malade n'en a connaissance que quatre mois plus tard, c'est-à-dire six mois après la déclaration du médecin. Le temps pour un mâle aussi impétueux de contaminer tout un canton.

La morale de cette histoire c'est que l'Administration a besoin de se faire une mentalité nouvelle car ce n'est pas en alternant la brutalité avec la nonchalance qu'on donne une impression de fermeté.

***

Un collège départemental de province nous adresse le compte-rendu d'une réunion récente au cours de

laquelle il a eu à examiner une note de la Préfecture protestant contre l'attitude de certains médecins.

Ceux-ci refusent, paraît-il, d'assurer l'inspection des écoles en alléguant qu'ils n'en ont pas le temps. Le Conseil départemental leur rappelle qu'ils sont passibles de sanctions sévères et qu'en outre ils pourraient se voir retirer toutes les fonctions publiques qu'ils occupent.

L'incident est à rapprocher de la levée de boucliers qui s'est manifestée, ces temps-ci, et en divers points du pays, contre les séances de vaccinations obligatoires. Les médecins, surtout les ruraux, font valoir que, par manque de moyens de transport, ces séances leur valent une fatigue et une perte de temps considérables. Ceci n'est pas contestable et l'on s'explique aisément la mauvaise humeur de nos confrères.

Nous permettront-ils cependant de leur soumettre très amicalement quelques réflexions.

Peut-on, en cette période de troubles, de brassage des populations et d'alimentation déficiente, négliger les mesures d'usage visant à préserver l'état sanitaire du pays ?

Qu'on en confie, disent-ils, la charge à des médecins fonctionnaires. Ces médecins, il faut les trouver ou les créer. Qu'adviendra-t-il en attendant ?

Supposons que ces fonctionnaires soient en place. Ils y resteront la paix revenue et les protestataires d'aujourd'hui se souviendront-ils que c'est eux-mêmes qui les y ont introduits ? C'est en temps de surmenage qu'il faut prévoir l'éventualité de journées creuses. Nous connaissons tous ces sortes d'alternances.

***

« *Telle qu'elle est appliquée à l'égard des professions libérales, la loi sur les Allocations familiales, qui consacre des injustices, provoque des résistances nombreuses et des protestations compréhensibles. Parfaitement conçue pour les entreprises commerciales et industrielles où les employés sont placés dans des situations sensiblement analogues, cette loi fut simplement étendue sans modification aux professions libérales pour lesquelles elle n'était pas faite, puisque des inégalités parfois très grandes séparent les membres d'une même profession libérale. Il peut être pénible, notamment au cours des débuts difficiles d'une carrière, à un avocat, à un médecin, à un architecte, de payer des cotisations pour assurer à un confrère plus favorisé par la fortune ou dont la situation professionnelle est devenue considérable le versement d'allocations familiales. Ces constatations rendent éminemment souhaitables la révision de cette législation si appréciée dans son principe.*

De qui donc émane cette condamnation péremptoire du régime actuel des allocations familiales dans les professions libérales ? D'un de ces « trublions » qui, à plusieurs reprises, ont demandé ici même une réforme du régime et notamment un plus juste calcul des cotisations ?

Non pas. Mais de Messieurs les président et juges composant la première chambre du Tribunal civil de la Seine et statuant le 20 avril 1944 dans une instance opposant à la Caisse d'allocations familiales des professions intellectuelles un avocat à la Cour d'appel de Paris.

Nous sommes heureux de trouver l'écho de nos thèses chez des magistrats qui sont, plus que quiconque, professionnellement à même d'apprécier l'imperfection des textes législatifs et l'injustice criante de certaines situations.

***

A l'usage de nos jeunes confrères (et des autres) nous rappelons qu'ils ne doivent pas s'aventurer dans leurs tournées sans emporter .

1) Les cartes d'identité générale et professionnelle.

2) Le permis de circuler la nuit (à renouveler tous les trois mois).

3) Le permis de circuler pendant les alertes et le brassard qu'il comporte.
4) Le permis de circuler en période de sanctions.
5) La carte de surcharge sur le réseau métropolitain (à renouveler tous les ans).
6) Le permis de conduire.
7) La carte grise de la voiture ou de la moto.
8) Le permis de circuler des susdits (à renouveler tous les quatre mois).
9) La carte grise de la bicyclette de secours.
10) Le carnet de chèques de taxi S L O T A.
11) Le carnet de certificats de régime.
12) Le carnet de certificats de grossesse et d'allaitement.
13) Le carnet de timbres certificals.
14) Le carnet de déclarations de maladies contagieuses.
15) Le carnet de déclarations de maladies professionnelles (en préparation).
16) Le carnet de déclarations des maladies vénériennes (en préparation).
17) Le carnet de déclarations de décès (en province).
18) Le bloc d'ordonnances.

Ils devront par ailleurs percevoir :
1) Les tickets d'essence, tous les mois. au roulage.
2) Les tickets d'huile, tous les quatre mois, au roulage.
3) La décharge de remise d'huile usagée, tous les quatre mois au service des lubrifiants.
4) Les bons de pneus par unité.
5) Les tickets d'alcool médicinal trimestriels, à l'Ordre des médecins.
6) Les tickets d'alcool à brûler trimestriels, à la mairie.
7) Les tickets de savon trimestriels, à la mairie.
8) Les tickets de papier, à l'Ordre des médecins.
9) Les tickets de coton et gaze, à l'Ordre des médecins
10) Les tickets de chaussures professionnelles, à l'Ordre des médecins.
11) Les tickets de blouse, à l'Ordre des médecins.

Nous laissons de côté les tickets et bons relevant du ravitaillement général et les demandes de piles, charbon de bois, réchaud à alcool.

Nous nous excusons des oublis, grâce auxquels il reste quelques instants chaque jour pour l'exercice de la médecine.

* * *

Nous avons récemment demandé que soit régulièrement communiquée à chaque médecin, avant sa déclaration, une copie du relevé que les Caisses d'assurances sociales doivent chaque année remettre au fisc en vue de leur faire connaître les actes dispensés par tout praticien aux assurés sociaux durant l'année précédente ainsi que le montant des prestations versées au titre de ces actes.

Nous apprenons maintenant que notre vœu est déjà partiellement exaucé. C'est ainsi qu'une Caisse mutualiste du Doubs envoie automatiquement à tout médecin ayant donné des soins aux assurés un imprimé spécialement préparé à cette fin et lui faisant connaître le montant des versements auxquels son activité a pu donner lieu.

Mieux encore, un de nos correspondants d'Eure-et-Loir, nous signale que le Conseil de son Collège a obtenu le principe de la communication aux médecins du relevé en question, à la seule condition que chaque intéressé veuille bien en faire la demande aux Caisses et joigne à cette demande une enveloppe timbrée.

Il nous reste donc aujourd'hui à féliciter le Conseil d'Eure-et-Loir, de son heureuse initiative et à souhaiter que ce *modus faciendi* serve d'exemple tant aux Caisses qu'aux Conseils de l'Ordre des autres départements.

O O O

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

b) Assurances sociales

883. — Les vingt jours de soins consécutifs pour les petites interventions en K

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre conseil au sujet de la lettre à marquer sur une feuille d'Assurances sociales pour une paracentèse du tympan. Cette intervention ne se trouve pas dans les actes de « pratique médicale courante » (Edit. avril 1940), justiciables de PC. Dans la Nomenclature générale des actes de chirurgie et des actes de spécialité, cette intervention est marquée K-4. Mais autant que je sache, après avoir marqué un K, je suis obligé de soigner mon malade pendant trois semaines gratuitement, le prix des soins ayant été compris « dans le prix de l'intervention ». Comme l'abcès de l'amygdale est marqué PC.3 ou K-4, je marque par analogie PC. 3 en faisant la paracentèse. Ai-je le droit d'agir ainsi et n'y aura-t-il pas de difficultés pour mes malades ? Je marque PC.3 et ne compte pas l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle de courte durée, sous laquelle je fais mes paracentèses.

Dr S.

Réponse

a) *La paracentèse du tympan est indiquée, en effet, en K.4.*

b) « *Le prix global comporte... les soins consécutifs pendant une durée maxima de vingt jours* ». *Instructions du début de la nomenclature , page VII.*

c) *L'anesthésie est comprise dans le prix global* (*voir* ibidem). — *Tels sont les termes mêmes de la nomenclature. Je ne puis m'autoriser à vous donner le conseil de remplacer une intervention par une autre. Il est évident que jusqu'à un K.10, environ, on devrait pouvoir marquer les soins consécutifs. C'est ce que j'ai proposé et fait voter par la Commission de révision de la Nomenclature. Mais cette future nomenclature n'est pas encore approuvée par le Ministre ; on ne peut donc se baser sur elle.*

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

6139. — Honoraires pour soins donnés aux gardes-voie blessés en service

J'ai encore une fois recours à vous pour me renseigner au sujet du paiement des honoraires pour soins aux gardes-voie.

Je vous envoie ci-joint en communication les deux réponses que j'ai reçues à ce sujet et qui me paraissent en contradiction : l'une vient du Conseil de l'Ordre, l'autre de la Préfecture.

S'il s'agit bien d'un accident du travail, le blessé n'a pas en tout cas à suivre la réponse préfectorale. Mais peut être que les requis volontaires (gardes-voie volontaires), c'est le cas de mon client, ne jouissent pas des mêmes droits. Cela m'étonnerait toutefois.

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet, ce qui pourrait intéresser bon nombre de mes confrères.

Dr P.

Réponse

Nous vous retournons sous ce pli après en avoir pris connaissance les deux lettres du Conseil de l'Ordre et

de la Préfecture qui étaient jointes à votre lettre du 21 décembre.

Ni l'un, ni l'autre ne se trouvent avoir complètement raison, mais c'est cependant le Conseil de l'Ordre qui est le plus près de la vérité.

En effet, nous sommes là dans un matière absolument empirique et étrangère au droit positif français. Il s'agit, en réalité, comme le rappelle une circulaire du 30 janvier 1943, de dispositions exceptionnelles prises à la demande des autorités d'occupation pour assurer la réparation des accidents du travail survenant au personnel qu'elles emploient. La circulaire précitée du 30 janvier 1943, a, en quelque sorte, codifié le régime de la réparation de ces accidents et elle a précisé expressément que rentraient dans le champ d'application délimité par elle, les accidents survenant au personnel employé aux services de gardes prescrites par les autorités d'occupation dans les conditions définies par la Circulaire du 15 mai 1942.

Ces accidents doivent être effectivement indemnisés d'après les modalités applicables aux accidents du travail, mais les prestations de l'incapacité temporaire ne sont versées ni par l'Etat, ni par la commune, mais par une Caisse d'assurances sociales déterminée dans chaque département et qui, le plus souvent, doit être la Caisse départementale des Assurances sociales.

C'est cette Caisse qui verse à la victime les indemnités journalières et c'est elle qui doit régler les frais médicaux et pharmaceutiques sur la base du tarif des accidents du travail.

Si vous ignorez quelle est la Caisse responsable en la circonstance, vous pourriez demander le renseignement au service régional des Assurances sociales, ou bien encore, à l'inspecteur du Travail de votre circonscription.

Demandes et Offres

Nº 129. — A v. nombr. ann. compl. des Annales O. R. L.

Nº 130. — Recherche bon poste camp. préfér. mont. régions P, O. Aude, Ariège, Verser. bonne indemn. cess.

Nº. 131. — Méd. 38 a. 10 a. client., opéré récemm., cherche rég. Paris, poste fixe à temps compl. ou part.

Nº 132. — Pour cause malad. céder. purem. et simpl. pour durée guerre, client. à j. conf. désir. faire de la médec. de camp. Centre, à 11 km. chef-l. départem.

Nº 133. — A céd. ap. déc. à Nice, cab. méd. gle, repr. meubles prof. et instr. Condit. avant. Dr Dumesnil, 4, rue du Colonel de Grancey, à Dijon (C. d'Or).

Nº 134. — Méd. surch. dem. j. confr. célib. pour assist. petite ville centre.

Nº 135. — Méd. 35 a. marié, 2 enf. dem. remplacement de longue durée ou place assist. aupr. confr. âgé.

Nº 136. — Appar. scopie graph. Pelissé, table bascul., tube Philippe exc. état. Visible, 9, rue Avenir à Asnières (Seine).

Nº 137. — Administr. privée recherche j. doct. pour organis. Paris, service médico-social et dispens. Ecr. journal qui transm.

Nº 138. — Isère, apr. décès, cab. med. gle à céder. bon rapp. appar. radio et autres, instr. médic. fixes. Prix à débattre.

Nº 139. — A v. d'occas. belle table d'opér. à volets mob. complèt. remise à nf. prix 1.500 fr. Ecr. Dr Chavagat, 8, bd St-Michel, Paris (6e), ou venir voir.

Gérant : J. Mignon Imp. Thiron & Cie. Clermont (Oise) — Février 1879 — Dépôt légal : Nº 3 — 44-2
Nº d'autorisation : 77 Nº au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE — Nos 27-28 — 1er JUILLET 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e)

SOMMAIRE



DERNIÈRES NOUVELLES

Avec ce numéro du 1er juillet 1944, Le Concours Médical revêt une forme légèrement modifiée.

Tout en lui gardant son aspect traditionnel et qu'il eut été impie de bouleverser, nous avons essayé, par quelques artifices de mise en page et de typographie, de le faire plus attrayant à l'œil, plus commode à consulter. Y sommes-nous parvenus ? L'expérience le dira. A cela près, Le Concours demeure ce qu'il est depuis soixante six-ans : l'ami, l'associé et le défenseur du praticien.

Il s'agit là d'innovations mineures que nous méditions depuis quelque temps déjà. Si nous passons aujourd'hui, en cet été de 1944, à la réalisation, qu'on n'y voit pas une sorte de défi aux difficultés et aux incertitudes du moment. Toute bravade serait inconvenante.

Nous avons plus humblement voulu faire un acte de foi. A cette heure sont en suspens toutes sortes de destins parmi lesquels le nôtre est infime. C'est en songeant à tous, aux plus hauts comme aux modestes, que nous entendons donner à cette date le sens d'un début.

Faculté de Médecine de Paris.

Un cours préparatoire au concours pour le titre de phtisiologue des services publics sera fait du 16 octobre au 23 novembre 1944 à la clinique de la tuberculose, hôpital Laënnec (prof. Troisier). Inscription : 600 fr. Un certain nombre de bourses seront accordées par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine.

Ce cours sera suivi, du 27 novembre au 9 décembre, d'un cours théorique et pratique sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose. Droit : 600 fr. Le nombre des inscriptions est limité.

Médaille du professeur Rocher.

Un comité vient de se constituer, sous la présidence du professeur Jeanneney, pour la remise d'une médaille à M. le professeur H.-L. Rocher, de Bordeaux. Souscription minimum : 200 fr. Adresser la correspondance et les souscriptions au secrétaire général, M. le professeur agrégé Pouyanne, 64, cours de Verdun, Bordeaux ; chèque postal : Bordeaux 49263.

Hôpitaux de Paris.

Concours de médecin des hôpitaux. — Ont été reçus à l'épreuve de titres : MM. Laplane, De Graciansky, Sallet, Brocard, Bolgert, Debray, Thieffry, Duperrat, Varay, Cachin, Bouvrain, Gaultier, Conte, Rossier, Grossiord, Morin, Dugas, Demart, Siguier.

Concours d'assistant d'électro-radiologie. — Ont été nommés à la suite du dernier concours : MM. Bourdon, Mion, Huant, Perroy, Grain, Pulsford, Angamarre, Mlle Mottez.

Hôpital de Verdun.

Des concours sur titres auront lieu, à partir du 15 septembre 1944, pour les postes de médecin, de chirurgien, d'ophtalmologiste et d'oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Verdun.

Les candidats devront déposer à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance de la région de Nancy, avant le 1er septembre, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 août 1943.

Sanatorium des étudiants.

La fondation « Sanatorium des Etudiants » a ouvert dans les locaux du service médical de la Cité Universitaire de Paris, une *section de pré-cure* (hospitalisation et soins immédiats avant l'envoi au sanatorium) ; elle est gérée par la Maison universitaire de post-cure de Paris. On annonce, en outre, l'ouverture de deux sanatoriums-annexes réservés aux étudiants, l'un dans le Doubs, l'autre dans l'Ain.

Les admissions au sanatorium de Saint-Hilaire-du Touvet, dans les maisons de post-cure et les nouveaux établissements ci-dessus, sont centralisées par le *Service des envois en cure*, 49, rue de Bellechasse, Paris (7e). Le Conseil d'administration de la Fondation a désigné, à titre temporaire et pour la durée de la guerre, le docteur Douady comme directeur général des établissements de cure et le docteur Lardanchet comme médecin-directeur du sanatorium des Etudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet.

Préfecture du Loir-et-Cher.

Trois postes d'assistantes sociales polyvalentes sont vacants à la préfecture du Loir-et-Cher. Pour renseignements, s'adresser à M. l'Inspecteur de la Santé, 12, rue Augustin-Thierry, à Blois.

Les médecins de Rouen sous les bombardements

Des nouvelles de Rouen nous apportent les noms de confrères victimes du devoir professionnel, lors des bombardements de fin mai dernier.
Le Dr Frantz Léonard a été tué alors qu'il se rendait à son poste de secours.
Le Dr M. Danet, grièvement atteint en se portant au secours des blessés d'une première vague, a subi l'amputation de la cuisse droite.
A la famille du Dr Léonard et au Dr Danet nous adressons l'expression de notre confraternelle sympathie et de notre admiration.
Puissent nos confrères rouennais ne pas avoir d'autres noms à ajouter à ceux-ci.

Naissances.

Nous apprenons la naissance d'Anne-Marie de Frémont, fille du docteur Henri de Frémont, de Courbevoie (Seine) ; de Catherine-Hélène Margotton, fille du docteur Robert Margotton, de Saint-Dié ; d'Alain-Pierre Duvaux, fils du docteur Jean Duvaux, de Villers-Cotterets (Aisne) ; de Christiane Moru, fille du docteur Moru, de Vannes.

Mariage.

Nous sommes heureux d'annoncer le mariage de Monsieur Jean Mignon, Administrateur du *Concours Médical*, avec Mademoiselle Nadine Boisseau-Tresca.
La bénédiction nuptiale leur sera donnée le mercredi 12 juillet prochain, à 11 heures 30, en l'Eglise Saint-Jean-Baptiste, à Neuilly-sur-Seine.

Nécrologie : Le Dr Henri Lefèvre.

Nous avons le grand regret d'annoncer le décès de notre ami, le Dr Henri Lefèvre, de Vailly-sur-Sauldre, dans sa 87e année.
Le Dr H. Lefèvre avait activement collaboré dans les Conseils de l'Union des Syndicats Médicaux et de la Confédération à la défense et à l'organisation du corps médical. Très aimé et admiré de ses confrères à cause de la droiture de son caractère, considéré comme le type du praticien à donner comme modèle aux jeunes générations, il était vice-président du Collège départemental des Médecins du Cher.
Nous adressons à Madame Lefèvre et à son fils, Dr Paul Lefèvre, ancien chef de Clinique de la Faculté et médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, l'expression de nos sincères regrets.

J. Noir.

Le Concours Médical

Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur : Docteur J. Noir.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76,579. Chèques postaux, Paris 167.95.
Abonnements : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs.
Le Numéro, 5 francs.

ORDRE DES MÉDECINS

COMITÉ DE COORDINATION DES COLLÈGES DÉPARTEMENTAUX DE LA RÉGION PARISIENNE

Une statistique sur nos honoraires

On sait que la loi de finances du 31 décembre 1941 contenait une disposition obligeant les caisses d'Assurances sociales à déclarer au fisc pour chaque praticien, médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme, les sommes remboursées à leurs affiliés au titre des honoraires.

Voici pour la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise le résultat statistique de ses investigations pour l'année 1943 à l'endroit des médecins, chirurgiens et spécialistes à l'exclusion des stomatologistes, chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Nombre de médecins qui en 1943 ont soigné des assurés sociaux de la Caisse interdépartementale :

3,922 dans la Seine, soit environ 75 % des médecins inscrits au tableau nº 1 ;

727 dans la Seine-et-Oise, soit la presque totalité des médecins inscrits au tableau nº 1.

Total des honoraires versés en 1943 par la Caisse et calculés sur la base de tarif de responsabilité :

70 millions dans la Seine, soit une moyenne de 15.373 fr. par médecin ;

19 millions dans la Seine-et-Oise, soit une moyenne de 26.951 fr. par médecin.

Comme les affiliés à la Caisse interdépartementale représentent environ 55 % du nombre total des assurés, on peut donc en déduire que la moyenne des honoraires remboursés aux malades par l'ensemble des caisses de la Seine et de la Seine-et-Oise se monte à environ 24.000 fr. par praticien dans la Seine et à 42.000 fr. dans la Seine-et-Oise.

Si l'on entre dans les détails, on observe que dans la Seine les remboursements d'honoraires effectués par la Caisse interdépartemental ont été inférieurs à 1.000 fr. pour 504 praticiens. Pour les sommes supérieures à 1.000 fr., le nombre des praticiens s'élève à :

942 de 1.000 à 5.000 fr. ; 857 de 5.000 à 10.000 fr. ; 567 de 10.000 à 20.000 fr. ; 708 de 20.000 à 50.000 fr. ; 284 de 50.000 à 100.000 fr. ; 56 de 100.000 à 200.000 fr.

Enfin pour quatre médecins les remboursements ont été supérieurs à 200.000 fr.

Pour le département de Seine-et-Oise les praticiens se répartissent ainsi :

Moins de 1.000 fr., 48 ; de 1.000 à 5.000 fr., 84 ; de 5.000 à 10.000 fr., 85 ; de 10.000 à 20.000 fr., 153 ; de 20.000 à 50.000 fr., 242 ; de 50.000 à 100.000 fr., 100 ; de 100.000 à 200.000 fr., 15.

Avis du Conseil National

Le 2 juin 1944, le Pr Portes, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins a adressé la lettre suivante aux présidents des Conseils des Collèges départementaux.

Monsieur le Président et cher Confrère,

En raison d'événements que nous avons le devoir de prévoir, dans l'intérêt général de la santé publique et pour sauvegarder le prestige médical, il est dès maintenant expressément demandé à nos confrères de ne pas

quitter leur poste sans y être formellement autorisés par leur Conseil départemental.

Chaque Conseil départemental déterminera, suivant les circonstandces locales, la date de mise en vigueur de la présente circulaire, ainsi que ses modalités d'application.

Je vous prie de croire....

Signé : PORTES.
(Communiqué.)

CONSEIL RÉGIONAL DE LA RÉGION SANITAIRE DE PARIS

Activité du Conseil Régional de la Région de Paris

Après une première prise de contact le Dr Humbel, Président, assisté de M. Rousselet, Conseiller à la Cour d'Appel de Paris, avait convoqué le 31 Octobre 1943 en séance inaugurable les membres du Conseil Régional.

En raison du nombre important d'affaires à traiter, le Conseil Régional s'est réuni neuf fois depuis cette date.

Au cours de ses séances les membres du Conseil ont étudié un certain nombre de dossiers de demandes d'inscriptions ou d'homologations au Tableau de l'Ordre.

Après enquête et sur remise de dossiers complets, il fut prononcé :

Pour le département de la Seine à 346 inscriptions ; pour le département de Seine-et-Oise à 68 inscriptions ; pour le département de Seine-et-Marne à 10 inscriptions.

En outre, le Conseil a refusé d'inscrire deux médecins (1° un médecin interdit ; 2° un médecin ne remplissant pas les conditions de moralité voulue).

Affaires disciplinaires

Le Conseil Régional a été saisi par les Conseils départementaux ou leur Section Dentaire de dix-neuf plaintes dont :

Neuf émanant des caisses d'Assurances sociales pour les motifs suivants :

Abus d'actes médicaux ; abus de tarification, ceux-ci ayant pour but de favoriser les assurés, en leur accordant des indemnités journalières plus nombreuses ;

Deux émanant de particuliers ;

Une émanant des autorités d'occupation ;

Deux pour publicité ;

Six au sujet d'étude de dossier sur la moralité des intéressés.

Il en résulte que le Conseil a cru juger opportun d'infliger les sanctions qui, suivant les cas, vont de l'avertissement en Chambre du Conseil, à une suspension des soins aux assurés sociaux pour une période de un an ; dans un cas plus grave il a été appelé à condamner un **médecin à une suspension de droit d'exercer la médecine pour une période de six mois.**

Le Conseil Régional a étudié diverses questions et émis le vœu qu'une plus grande collaboration s'établisse entre les membres du Conseil Régional et les Collèges départementaux. Il souhaite, d'autre part, voir apporter plusieurs modification à la loi, et en a referé au Conseil National pour lui demander d'intervenir près du Ministre afin de voir des améliorations se réaliser. Il est désirable que les Conseils Régionaux obtiennent sur leur demande la remise du bulletin n° 2 des extraits des casiers judiciaires; il est souhaitable qu'on leur communique également les enquêtes de police qui peuvent être ouvertes contre certains praticiens.

(Communiqué.)



A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Loi du 14 mars 1944 facilitant aux assurés sociaux, anciens prisonniers de guerre, l'attribution des prestations maternité à leur retour de captivité.

ARTICLE PREMIER. — Les assurés sociaux, anciens prisonniers de guerre, immatriculés postérieurement à leur retour de captivité en vertu de la loi du 6 janvier 1942, auront droit aux prestations de l'assurance maternité pour les naissances survenues plus de cent quatre-vingts jours et moins de deux ans après leur libération, sans avoir à justifier de la durée d'immatriculation prévue par l'article 4 (§ 1er, 2e alinéa) de ladite loi, s'ils remplissent les autres conditions légales.

ART. 2. — Les assurés sociaux, anciens prisonniers de guerre, régis par le décret-loi du 28 octobre 1935, qui, en raison de leur captivité, ne peuvent justifier de la retenue de 15 fr. prévue par l'article 9 (§ 6) dudit décret-loi, seront considérés comme ayant subi ladite retenue, lorsque les autres conditions légales seront remplies pour les accouchements survenus plus de cent quatre-vingts jours et moins de deux ans après leur libération.

(*J.O.*, 12 juin.)

***

Arrêté du 8 mai 1944 modifiant l'article 1er de l'arrêté du 18 février 1942 sur le Comité Technique Sanitaire de l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances sociales.

Par arrêté du 6 mai 1944, l'article 1er de l'arrêté du 18 février 1942, modifié par l'arrêté du 10 novembre 1943, est modifié comme suit :

« Le Comité Technique Sanitaire institué auprès du Conseil d'administration de l'Institut National d'Action Sanitaire comprend vingt-huit membres nommés par arrêté du ministre secrétaire d'Etat au Travail et à la Solidarité nationale et le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, dont :

« Le régent de la Fondation Française pour l'Etude des Problèmes Humains ou son représentant ;

« Le directeur de l'Institut National d'Hygiène ou son représentant ;

« Onze membres désignés par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille. »

(Le reste sans changement.)

(*J.O.*, 4 juin.)

EXERCICE DE LA MÉDECINE

I. — *Médecins autorisés*

Par arrêté du 13 mai 1944 les praticiens dont les noms suivent sont relevés de l'interdiction édictés par l'article 1er de la loi du 22 novembre 1941 et, en conséquence, autorisés à exercer leur profession sous réserve de satisfaire par ailleurs à toutes les autres lois ainsi qu'aux décrets ou règlements régissant l'exercice de ladite profession.

Dr Lavagna exerç. ant. à Nice, 10, avenue du Maréchal-Foch. Dr de Boton exerç. ant. à Marsille-Montolivet, 3, avenue Beausoleil. Dr Galperin exerç. ant. à Marseille, 398, avenue du Prado. Dr Kovler ou Kowler exerç. à Marseille, 287, rue Paradis. Dr Hermans exerçant antérieurement à Arès (Gironde). Dr Nguyen Huy Le exerç. ant. à l'hôpital Saint-Charles, à Sète. Dr Ybanez exerç. ant. à Sète, 35,

quai de Bosc. Dr Rousset exerç. ant. à Saint-Vivien-de-Montségur (Gironde). Dr Ho Dac Cung exerç. ant. à Pleurs (Marne). Dr Frcier exerç. ant. à Campan (Htes-Pyrénées). Dr Muller exerç. ant. à Crépieux-la-Pape (Ain), 133, route de Strasbourg. Dr Ancillai exerç. ant. à Paris (15e), 226, rue de Vaugirard. Dr Czaczkes exerç. ant. à Paris (16e), 5, avenue d'Eylau. Mme le Dr Kobiakoff de Gonzague, née Perelman, exerç. ant. à Paris (14e), 7, rue Brézin. Mme le Dr Krajevitch, née Demetrachvily, crexç. ant. à Paris, 23 *qis*, boulevard Arago. Mlle le Dr Moday exerç. ant. à Paris (5e), 5, rue Rataud. Dr Salmen exerç. ant. à Paris (5e), 2, rue Mirbel. Dr Van Brakell exerç. à Paris (13e), 56, boulevard Auguste-Blanqui. Dr Avram exerç. ant. à Courlon-sur-Yonne (Yonne). Dr Ortodoxu exerç. ant. à Chablis (Yonne). Dr Randabel exerç. ant. à Toucy (Yonne).

(*J.O.* 30 mai.)

II. — *Médecins interdits*

Par arrêté du 13 mai 1944 le bénéfice des dérogations prévues par la loi du 22 novembre 1941 est refusé aux praticiens d'origine étrangère dont les noms suivent, à qui l'exercice de la profession est, en conséquence, définitivement interdit :

Dr Kleinerman exerç. ant. à Toulouse, 42, rue du Canon-d'Arcole. Dr Korner exerç. à Epierre (Savoie). Dr Demetriades, 18, rue Pasteur à Saint-Cloud (S.-et-O.).

(*J.O.*, 30 mai.)

CENTRES RÉGIONAUX D'ÉDUCATION SANITAIRE

Arrêté du 31 janvier 1944

ARTICLE PREMIER. — Des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Lille, Rouen, Rennes, Nancy, Clermont-Ferrand, Montpellier, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, dans le cadre de leur circonscription respective.

ART. 2. — Sont nommés :

A Lille, M. le Dr Verhaeghe, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

A Rouen, M. le Dr Nec, directeur de l'Ecole préparatoire de Médecine de Rouen.

A Rennes, M. le Dr Alexandre Lamache, professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.

A Nancy, M. le Dr Louis Caussade, professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Nancy.

A Clermont-Ferrand, M. le Dr Jean-Yvan Roussel, inspecteur départemental de la Santé du Puy-de-Dôme (à titre provisoire).

A Montpellier, M. le Dr Hervé Harant, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

(*J.O.* 24 mai.)

HOPITAUX ET HOSPICES

Arrêté du 2 mai 1944 permettant d'abréger le délai pour la publicité des concours.

Par arrêté du 2 mai 1944, le délai de trois mois prévu pour la publicité des concours en vue du recrutement du personnel médical et du personnel pharmaceutique des hôpitaux et hospices publics peut être réduit par décision du directeur régional de la Santé et de l'Assistance si les circonstances l'exigent.

(*J.O.*, 28 mai.)

Arrêté du 16 mai 1944 du directeur général à l'administration de l'Assistance publique à Paris, modifiant le programme du concours à l'externat en médecine.

Arrêté du 20 mai 1944 fixant les conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers.

Nous nous bornerons à citer le premier paragraphe de l'article 7, ainsi conçu : « Les locaux réservés à l'hospitalisation sont composés de chambres à un ou plusieurs lits, six au maximum, le quart au moins des lits devant être affecté à des chambres individuelles. »

(*J.O.* 8 juin.)

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAITEMENT DES SYNDROMES PARKINSONIENS

Par Georges **BOUDIN**
Médecin des Hôpitaux

LE traitement de la maladie de Parkinson est l'un des plus décevant qu'il soit en neurologie, ainsi que le montrent les nombreux parkinsoniens qui encombrent les hospices et les services de chroniques. Cependant, si nous ne possédons à l'heure actuelle aucune médication étiologique susceptible de les guérir définitivement, on peut parfois les soulager au moyen de quelques médicaments purement symptomatiques : ce sont, pour la plupart, des alcaloïdes extraits de diverses solanées telles que la belladone, la jusquiame, la stramoine. Les plus couramment employés sont le datura, la scopolamine et l'atropine.

DATURA. — La **stramoine** ou **datura stramonium** est une solanée dont l'action thérapeutique est due à un alcaloïde, la **daturine,** analogue par ses effets aux alcaloïdes de la belladone et de la jusquiame. Elle agit sur l'hypertonie des parkinsoniens qu'elle modifie parfois au point de rendre au malade une partie de sa souplesse musculaire et de son automatisme ; mais cette action est éphémère et cesse avec l'administration du médicament.

La préparation la plus couramment employée est la **poudre de feuilles de datura** que l'on prescrit en pilules dosées à 0 gr. 10.

On commence par quatre pilules par jour, puis on monte progressivement jusqu'à huit à dix pilules par jour, totalisant ainsi un gramme de produit, qui est la dose maxima permise par le Codex. Certains malades peuvent même en tolérer une dose plus forte, 1 gr. 20, 1 gr. 30, etc. Des accidents toxiques apparaissent souvent avec ces fortes doses, analogues à ceux de l'intoxication belladonée : sécheresse de la bouche, troubles visuels par gêne de l'accomodation et mydriase, plus rarement intolérance gastrique et diarrhée. Ils sont, en général, sans gravité et disparaissent dès que l'on diminue les doses.

SCOPOLAMINE. — La scopolamine est le médicament le plus couramment employé au cours de la maladie de Parkinson. Elle agit à la fois sur le tremblement et l'hypertonie ; son effet est rapide, quelques instants après l'injection de scopolamine, le malade ressent une impression de bien-être, en même temps que son tremblement diminue, la raideur s'estompe rendant l'écriture plus facile et la parole plus claire. Malheureusement cette action n'est que transitoire.

La scopolamine est un alcaloïde extrait de diverses plantes du genre Scopolia (solanées). Elle est identique à l'**hyoscine**, l'un des alcaloïdes de la jusquiame. C'est un médicament toxique, inscrit au tableau B, difficile à manier, donnant facilement des accidents d'intolérance : sécheresse de la bouche, vertiges, troubles visuels. Elle est surtout active chez les parkinsoniens **par voie sous-cutanée :** la première injection ne dépassera pas 1/4 de mgr. afin de tâter la sensiblité du malade au produit; puis on montera progressivement à des doses journalières plus fortes, 1/2 mgr., 3/4 de mgr., 1 mgr., 1 mgr. 1/4 et même 1 mgr. 1/2 selon la tolérance du sujet. Il est indispensable de fractionner les doses en deux ou trois prises quotidiennes étant donné la rapidité d'action et d'élimination du produit ; on pourra le matin faire une dose un peu plus élevée, par exemple 1/2 mgr. le matin, 1/4 de mgr. à midi, 1/4 de mgr. le soir. Il sera bon d'interrompre la médication un ou deux jours par semaine.

BELLADONE et ATROPINE. — La belladone et son alcaloïde l'atropine peuvent agir sur l'hypertonie extrapyramidale par leur action paralysante du système parasympathique, le système nerveux neuro-végétatif étant un régulateur de la tonicité musculaire. Mais il faut employer des doses extrêmement fortes, dépassant largement les doses maxima du Codex, et de ce fait fort difficiles à manier. Plusieurs méthodes ont été proposées.

Méthode de Roehmer. — Elle consiste à utiliser une solution d'atropine à 1/2 % dans laquelle une goutte contient 1/4 de mgr. de produit, selon la formule :

Sulfate d'atropine, 50 mgr. ;

Eau distillée, 100 cm³.

On commence par trois gouttes par jour, soit 3/4 de mgr. On augmente chaque jour d'une goutte jusqu'à trouver la dose optima, c'est-à-dire la dose à partir de laquelle l'amélioration clinique ne progresse plus. Cette dose optima est très variable d'un malade à l'autre, s'étalant autour de 4 à 5 mgr. chez les sujets les plus sensibles, mais pouvant nécessiter chez d'autres les chiffres énormes de 10, 20, 30 mgr. par jour. Cette dose optima obtenue, on la maintient sept à huit jours, puis on diminue d'une goutte par jour jusqu'à la dose minima efficace, dite dose d'entretien, laquelle peut être de 3 à 5 mgr. par jour.

Il s'agit donc d'un traitement assez long, étalé sur un ou deux mois, nécessitant une étroite surveillance clinique quotidienne qui, lorsque l'on atteint les fortes doses au delà de 4 mgr. par jour, oblige à un séjour en clinique ou à l'hôpital. En effet, bien que la tolérance des parkinsoniens à l'atropine soit parfois extraordinaire, des accidents sont possibles pouvant apparaître très rapidement, une heure après l'absorption de médicament ; ils sont, en général, sans danger, disparaissant en quelques heures, la rapidité d'élimination du toxique excluant tout risque d'accumulation. Ils obligent à baisser les doses, sans toutefois cesser la médication.

Les résultats de cette méthode sont indiscutables : le malade récupère sa souplesse et son automatisme musculaire, il peut reprendre une certaine vie active qui contribue à entretenir l'amélioration. Les résultats sont, en général, d'autant plus nets qu'il s'agit de cas plus récents, et surtout de malades jeunes.

Cure bulgare par le vin belladoné. — Depuis 1927 un herboriste bulgare, Ivan Raëff, prétendait guérir les parkinsoniens par un traitement mystérieux formé de quatre substances. Des essais faits depuis 1934 en Italie sur une large échelle ont donné une assise scientifique à cette méthode, dont l'action est due à une décoction de racines de belladone dans du vin : 30 gr. de racines de belladone, coupées en petits cubes, sont mis dans 600 gr. de vin blanc; on fait bouillir dix minutes, puis on filtre à froid ; la décoction ainsi obtenue a une couleur de vin de Marsala et une saveur un peu âcre. On en donne deux à trois cuillerées à soupe chez l'adulte, soit 30 à 45 cm^3 de décoction représentant 1 gr. 50 à 2 gr. 25 de drogue.

Les auteurs italiens ont rapporté des résultats enthousiastes de cette méthode, mais elle nécessite, comme le méthode de Roehmer, une surveillance rigoureuse du malade, qui ne peut guère être faite en dehors de l'hôpital ou d'une clinique.

Diverses variantes ont été proposées : c'est ainsi que Jean Lereboullet et Jacques Dumonthiers préconisent un extrait fluide de racines de belladone, d'un titrage exact et constant, contenant 0 gr. 50 d'alcaloïde pour 100 gr. ; dix gouttes correspondent à une cuillerée à soupe de vin belladoné et à quatre gouttes de la solution de Roehmer.

SULFATE DE BENZÉDRINE. — Le sulfate de benzédrine est une substance qui se rapproche, par sa structure et ses fonctions pharmacologiques expérimentales, de l'adrénaline et l'éphédrine. Elle possède une action tonique sur le système nerveux central, luttant contre la somnolence et l'asthénie, qui peut permettre d'améliorer certains parkinsoniens. L'esprit devient plus vif, avec sensation de bien-être, la fatiguabilité et la somnolence s'atténuent, les crises oculogyres diminuent de fréquence.

C'est un médicament, en général, fort bien supporté par les parkinsoniens; les doses courantes sont de 40 à 60 mgr. répartis en deux doses, le matin et à midi. Pris tard dans la soirée, le médicament provoque facilement de l'insomnie.

AUTRES MÉDICAMENTS. — De nombreux autres médicaments ont encore été essayé dans le traitement des syndromes parkinsoniens.

L'yagéine ou banistérine, alcaloïde extrait d'une liane sauvage de l'Amérique du Sud, et **l'harmine,** extrait d'une plante commune en Asie occidentale et en Afrique du Nord, sont deux alcaloïdes identiques que l'on utilise pour lutter contre la raideur et la bradykinésie des parkinsoniens. On utilise le chlorhydrate d'harmine en solution à 2 % à la dose de 0 gr. 02 en injection sous-cutanée ; son action ne dure que quelques heures, et il est nécessaire de répéter les injections.

On a également prôné la **bulbocapnine,** la **cicutine,** la **nicotine,** le **curare,** etc. Le **gardénal** est un bon sédatif, que l'on associe volontiers à la scopolamine.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE — Il est nécessaire d'associer aux diverses médications, certaines prescriptions d'ordre général. Le séjour prolongé au lit ne fait qu'exagérer l'hypertonie, on forcera le malade à se lever, à marcher; les massages avec mobilisation passive et élongation des muscles permettent souvent de prolonger l'action assouplissante des médicaments ; les bains chauds, renouvelés tous les matins, apportent une souplesse relative appréciable ; la gymnastique, la culture physique seront à conseiller. On pourra également tirer bénéfice des agents physiques : les bains de lumière améliorent l'état général, la diathermie diminue la contracture, certains auteurs prônent en particulier, la diathermie trans-mésencéphalique ; l'ionisation calcique trans-cérébromédullaire, la radiothérapie cérébrale ont pu donner des résultats.

Diverses cures thermales enfin sont à recommander ; **Lamalou, Néris** agissent sur les contractures, **Bourbonne, Bourbon-l'Archambault** améliorent certains dystoniques, **Bagnères-de-Bigorre** agit sur les troubles sympathiques.

Tels sont les divers moyens thérapeutiques qui permettent de soulager en partie les parkinsoniens. Ils ne sont pas tous d'un usage pratique et courant, mais certains ont pu provoquer de très belles améliorations et permettre de récupérer socialement quelques malades. Ils doivent être utilisés successivement, ne serait-ce que pour ne pas laisser au malade une impression d'abandon. Mais la maladie de Parkinson reste une redoutable affection qui, dans l'état actuel de nos connaissances, n'est pas guérissable.

L'ORGANISATION DE L'ANESTHÉSIE DANS LES HOPITAUX

par J. LAVOINE

L'anesthésie est une des parties importantes de l'opération, celle que, non sans raisons, les malades, les chirurgiens redoutent par-dessus tout. On ne devrait la confier qu'à des gens compétents.

En 1930 le professeur Auvray, présidant le congrès de Chirurgie, réclamait la création de médecins anesthésistes capables de contribuer au confort et à la sécurité des opérés et de seconder, de soulager, les chirurgiens. Ceux-ci ont tous compris la nécessité d'un travail d'équipe ; ils ont su s'entourer de médecins spécialistes compétents, bactériologistes, chimistes, radiologues qui leur sont devenus indispensables. Certains d'entre eux ont maintenant leurs anesthésistes attitrés ; mais il en est de moins favorisés qui sont obligés parfois de s'adresser à des personnes dont la compétence est loin d'égaler la bonne volonté. Et tout cela parce qu'il n'y a pas assez de médecins anesthésistes. Ceux-ci seront en nombre suffisant le jour où l'anesthésie sera organisée, où l'on fera aux anesthésistes une place honorable à laquelle ils ont droit.

Jusqu'alors l'anesthésie était, comme l'écrivait Stanley Sike, " le cendrillon de la médecine ". Mais on commence en haut lieu à s'y intéresser.

On vient de créer dans les hôpitaux de Paris des places d' **" Aides d'anesthésie "** à 350 francs par mois, places qui sont réservées aux infirmières comme aux médecins. Avouez que ni le titre, ni les honoraires ne sont attrayants. Et encore je me suis laissé dire, par un de mes confrères qui avait accepté cette place pour faire plaisir à son patron, qu'on lui avait retenu 150 francs sur son salaire du mois d'août, parce qu'il avait pris quinze jours de vacances. Ce n'est pas en agissant ainsi qu'on encouragera les médecins à s'intéresser à cette spécialité.

L'intérêt du malade, du chirurgien veut qu'on s'organise. Il faut créer pour les anesthésistes comme pour les autres spécialistes des situations honorables et honorées. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'il y aura de l'émulation, de la concurrence et que les concours nous fourniront la sélection d'anesthésistes, de qualité que tout le monde réclame.

Il faut avoir dans les hôpitaux des places d'internes, d'assistants, d'anesthésistes qui seront données aux plus méritants ; chaque service de chirurgie comprenant un anesthésiste ou un assistant d'anesthésie.

Internes en anesthésie. — Ils seront nommé par un concours auquel, seuls, pourront se présenter les externes des hôpitaux ayant fait un stage d'au moins deux ans dans un service de médecine et de six mois comme aide d'anesthésie. Ils auront les mêmes avantages matériels et moraux que les internes en médecine. Un chirurgien des hôpitaux, à qui j'exposais ma façon de penser, m'a objecté que les internes en médecine ne verraient pas d'un bon œil la création d'un internat en anesthésie. Et pourtant il ne saurait y avoir de confusion possible. Il y aurait des internes en anesthésie comme il y a des internes en pharmacie.

Après trois années de fonction les internes en anesthésie pourront concourir pour le titre d'assistant d'anesthésie.

Assistants d'anesthésie. — Ceux-ci, ayant les mêmes avantages que les assistants des autres spécialités, seront chefs de service et auront la responsabilité de l'anesthésie auprès des chirurgiens, dont ils seront les assistants.

D'accord avec les les internes en anesthésie ils assureront le service de garde. Dans chaque hôpital l'interne de garde ferait les anesthésies des cas urgents. Et chaque chirurgien de garde aurait à sa disposition un assistant d'anesthésie qui l'accompagnerait et l'assisterait dans les différentes interventions qu'il aurait à faire. Cette organisation rendrait les plus grands services car nous savons tous que dans certains cas graves d'urgence : perforation d'ulcus de l'estomac ; obstruction intestinale, etc., l'anesthésie joue un rôle des plus importants.

Anesthésistes des hôpitaux. — Ceux-ci seraient nommés par les chirurgiens et les anesthésistes des hôpitaux. Seuls, les assistants d'anesthésie, ayant au moins cinq ans d'exercice, pourraient se présenter à ce concours sur titres.

Les anesthésistes des hôpitaux auraient un service comme les assistants d'anesthésie. Dans chaque hôpital important, dans chaque clinique chirurgicale, il devrait y avoir un anesthésiste des hôpitaux qui serait chargé de l'enseignement de l'anesthésie. (Leçons sur la préparation des malades à l'anesthésie, les signes d'anesthésie, les différentes techniques, etc.).

Les anesthésistes et les assistants d'anesthésie recevraient à l'hôpital la même indemnité que les assistants des autres spécialités et se partageraient les sommes que reçoit l'administration pour toutes les anesthésies.

Ce projet, s'il était réalisé, aurait l'avantage de fournir aux malades de l'hôpital le maximum de sécurité, auquel ils ont droit et de libérer le chirurgien du souci de l'anesthésie. On peut le discuter, mais ce qu'il faut, c'est agir sans plus attendre. Il faut s'organiser et rapidement en pensant aux nations étrangères, Amérique, Angleterre, qui ont depuis longtemps de bons anesthésistes, parce qu'ils leur ont fait des situations enviables et ne leur ont marchandé ni les encouragements, ni le matériel dont ils ont besoin.

C'est à ceux qui commandent, c'est aux chirurgiens, chefs de service, que revient ce rôle d'organisateur.

OBSERVATIONS FAITES DANS UNE SOCIÉTÉ SPORTIVE DE LA RÉGION PARISIENNE

par le Docteur **DUPONT**
(de Bougival)

La Société Municipale Sportive de Bougival fondée dès 1897 a repris, depuis 1941, un nouvel essor sous l'impulsion d'un directeur sportif, particulièrement actif et zélé. Depuis près de trois ans nous en avons assumé les fonctions de médecin ; nous avons observé environ cent-cinquante sportifs, et le moment nous semble choisi de noter nos impressions.

Rôle du médecin dans une société sportive. — Une société sportive, quelle qu'elle soit, doit d'abord fournir au médecin une **salle d'examen** confortable, assez vaste, claire, bien chauffée. Une assistante est indispensable. Les instruments consistent essentiellement en bascule, toise, ruban métrique, spiromètre lit d'examen, nécessaire d'analyse d'urines. L'établissement d'une **fiche physiologique** est fondamental. Il n'existe pas à l'heure actuelle de fiche " standard " rigoureusement parfaite, aussi le médecin sportif est-il autorisé à en établir une d'après son expérience personnelle. Cette fiche sera simple, non encombrée de données trop complexes. On y notera d'abord les antécédents et on fera une large part au premier examen, le plus important. On y verra figurer : poids, taille, périmètre thoracique en inspiration et expiration prise de préférence au niveau de l'appendice xyphoïde du sternum, la perméabilité nasale (faire respirer le sujet vingt fois par chaque narine), examen de la gorge, des poumons, de la capacité respiratoire à l'aide d'un spiromètre, examen du cœur, analyse des urines au point de vue du sucre et de l'albumine, examen du tube digestif, du squelette, de la colonne vertébrale, des orifices herniaires, des organes génitaux, du système nerveux neuro-végétatif. De ce point de vue nous avons classé nos sujets en normaux, vago-toniques et sympathicotoniques par l'**épreuve de l'orthostatisme et du decubitus** telle qu'elle a été décrite par le docteur Jacques Decourt (1).

Dans la fiche physiologique une place plus restreinte doit être réservée à un certain nombre d'examens ultérieurs, qui auront lieu tous les six mois environ. Enfin il est désirable de réserver sur cette fiche une place pour les observations sportives, où seront consignées les remarques du directeur sportif ou des professeurs des différentes sections.

En effet, une collaboration étroite doit s'établir entre le médecin et le directeur sportif. Après chaque séance d'examen médical, ce dernier recevra sur chaque sujet une note détaillée. Il saura ainsi que tel n'est pas admis à faire partie de la société soit provisoirement, pour déficience temporaire de l'organisme, soit définitivement quand il s'agit d'une lésion organique incompatible avec le sport. Il est prévenu par cette note que tel sujet, de complexion grêle, doit être ménagé, que tel autre atteint de scoliose, cyphose ou lordose vertébrale doit faire une gymnastique appropriée, etc. Enfin il est mis au courant du classement des sujets au point de vue du système nerveux neuro-végétatif (2) : tous renseignements qui lui sont indispensables afin de diriger individuellement les exercices d'entraînement pour le meilleur rendement de chacun.

L'examen médical aura aussi un but **d'orientation** du sujet vers la section qui lui conviendra physiquement le mieux : gymnastique, baskett, tennis, natation, escrime, athlétisme, etc. Ainsi il serait dangereux d'orienter vers l'athlétisme — et la course de vitesse en particulier — un sujet atteint d'éréthisme cardiaque ; on l'orientera, par exemple, vers une gymnastique modérée ; le lever de poids sera interdit à un sujet à paroi abdominale faible ayant tendance aux hernies, etc.

L'hygiène même du gymnase ne sera pas étrangère au médecin sportif : il ne tolérera pas par exemple qu'une séance d'entraînement finisse dans une atmosphère de poussière.

La présence du médecin ne sera pas moins indispensable **sur le terrain de sports** même, soit pour parer aux accidents qui peuvent se produire, soit pour y poursuivre ses investigations physiologiques. L'une des plus importantes parmi celles-ci sera **l'examen fonctionnel du cœur dans l'effort.** Si, dans certaines conditions, le sport pour être utile doit amener un certain degré d'essoufflement et d'accélération du pouls, celui-ci, après un exercice violent (une course de 100 m. par exemple) ne doit pas atteindre le chiffre extrême de 200 pulsations à la minute. Dans ce genre d'épreuve l'examen de la tension artérielle montrera une augmentation de la minima dans des proportions moindres que celle de la maxima, la tension différentielle, allant en augmentant, sera le témoin, par excellence, de la résistance cardiaque (3).

(1) Docteur Jacques Decourt. " Les Dystonies neuro-végétatives devant l'éducation physique et le sport ". Concours médical, 13 avril 1941, 20 avril 1941, 8 juin 1941, 15 juin 1941.
(2) Cf. Docteur Jacques Decourt. Loc. cit.
(3) Cf. Boigey. Manuel scientifique d'Education physique, 4e éd., p. 43.

Maladies et anomalies les plus fréquemment rencontrées. Outre neuf cas de hernie et trois d'appendicite que naturellement nous avons fait opérer pour éviter des accidents au cours des exercices gymniques, nous avons relevé sur 147 sujets qui composent notre statistique douze cas de scoliose vertébrale et six d'éréthisme cardiaque, mais ce qui nous a le plus frappé c'est le grand nombre de sujets atteints de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales (34 cas) et de spasmes intestinaux (44 cas). Pour ce qui est des **affections du cavum** elles doivent être rigoureusement traitées : comment par exemple un sujet pourrait-il faire correctement de l'athlétisme avec un nez bouché et une gorge obstruée ? Quant aux **spasmes intestinaux** dus le plus souvent à la tachyphagie, ils peuvent facilement disparaître grâce à une meilleure hygiène alimentaire : on y attachera une grande importance en médecine sportive car ils peuvent être cause d'essoufflement, de points de côté ou de douleurs abdominales, tous malaises préjudiciables à l'exercice du sport.

Nous avons rencontré un certain nombre d'anomalies du **système nerveux neuro-végétatif** : sur 119 sujets examinés de ce point de vue, 97 étaient normaux, mais 17 présentaient des signes de sympathicotonie et 5 de vagotonie : distinction capitale à établir car on sait combien les sujets réagissent différemment devant le sport suivant leur tonus neuro-végétatif (1). Nous verrons dans le chapitre suivant l'heureuse influence que peut avoir le sport sur le déséquilibre vago-sympathique.

Données statistiques. — Ayant rassemblé un nombre assez important d'observations, il nous a semblé intéressant de faire le point sur cette jeunesse de la banlieue parisienne quant au poids, à la taille, au périmètre thoracique et à la capacité respiratoire. Nous avons réparti nos sujets en trois groupes : au-dessous de 10 ans, de 10 à 15 ans, au-dessus de 15 ans et nous résumons nos résultats dans le tableau suivant : ne peut guère incriminer les restrictions alimentaires, car on rencontrerait la même déficience chez les filles, ce qui ne s'est pas produit. Par contre on doit incriminer plutôt les conditions de vie nouvelle : c'est précisément l'époque à laquelle les jeunes gens entrent en apprentissage et se livrent à un travail manuel fatiguant, le plus souvent en usine.

D'autre part, nous avons recherché l'**influence** que pouvait avoir le **sport** sur le développement général de l'individu et pour cela nous avons composé un lot de 40 gymnastes particulièrement **bien entraînés** et nous l'avons comparé à l'ensemble de notre statistique. Voici les résultats : pour le poids et la taille, rien d'appréciable ; mais pour le **périmètre thoracique,** alors que dans l'ensemble il est égal ou supérieur à la normale, dans 74,59 % des cas, chez les sujets entraînés c'est dans 85,70 % des cas qu'il devient égal ou supérieur à la normale. Pour la **capacité respiratoire** alors que celle-ci est dans l'ensemble, égale ou supérieure à la normale dans 79,88 % des cas, c'est dans 91,66 % des cas qu'elle devient égale ou supérieure à la normale chez les sujets entraînés.

Voici maintenant les remarques que nous avons pu faire du point de vue du **système nerveux végétatif :** en examinant 22 gymnastes **entraînés,** nous avons constaté que 13 étaient restés normaux, 7 avaient vu leur état vagotonique ou sympathicotonique redevenir normal, un était resté anormal, un seul s'était aggravé dans le sens de la sympathicotonie. Là encore, comme dans le développement corporel, l'influence du sport s'est manifestée pour rétablir le bon équilibre du système nerveux neuro-végétatif.

Conclusions. — Ce travail de statistique nous permet de prendre position après les débats récents qui, à l'Académie de Médecine, ont mis aux prises les partisans du sport et ceux qui jugent utile, pendant la période de restrictions alimentaires que nous traversons, de restreindre les activités sportives. En effet, malgré les restrictions alimentaires, nous avons constaté l'excellente tenue des enfants au-dessous de 10 ans, encore fort appréciable entre 10 et 15 ans. Si nous avons constaté un fléchissement notable du poids et de la taille chez les garçons au-dessus de 15 ans, nous avons vu qu'il fallait plutôt l'attribuer aux fatigues professionnelles qu'à la sous-alimentation. D'autre part, nous avons pu mettre en évidence les bienfaits d'un entraînement sportif bien dirigé du point de vue capacité respiratoire, périmètre thoracique, équilibre nerveux vago-sympathique. Ainsi nous ne pouvons que souhaiter que persiste et s'accroisse le renouveau d'enthousiasme de la pratique du sport, dont les bienfaits s'étendent aussi bien dans le domaine physique que dans le domaine moral, ainsi qu'en peuvent juger ceux qui s'adonnent à cette tâche si attachante du Contrôle médical sportif.

		Moins de 10 ans garçons %	Moins de 10 ans filles %	De 10 à 15 ans garçons %	De 10 à 15 ans filles %	Au-dessus de 15 ans garçons %	Au-dessus de 15 ans filles %
Poids	Egal ou supérieur à la normale .	100	69,22	86,81	88,23	42,85	90,90
	Inférieur à la normale	0	33,75	19,17	11,76	57,14	9,99
Taille	Egale ou supérieure à la normale	100	100	76,38	82,45	54,17	65,62
	Inférieure à la normale	0	0	23,33	17,64	42,87	31,37
Périmètre thoracique	Egal ou supérieur à la normale .	100	76,92	92,77	87,09	71,44	19,34
	Inférieur à la normale	0	23,07	8,21	12,90	28,57	80,64
Capacité respiratoire	Egale ou supérieure à la normale	91,66	88,88	79,44	70,82	71,11	77,41
	Inférieure à la normale	8,33	11,11	20,58	29,16	28,57	22,58

L'examen de ce tableau nous montre clairement que les enfants de moins de 10 ans ont dans l'ensemble un développement corporel supérieur à la normale, par contre on observe un léger fléchissement entre 10 et 15 ans, et ce fléchissement devient très appréciable au delà de 15 ans. En effet, à partir de cet âge, la moitié des garçons sont comme poids et taille inférieurs à la normale, alors que chez les filles de cet âge le développement pondéral est satisfaisant, bien que le périmètre thoracique chez elles, soit inférieur à la normale dans 80 % des cas. Pour ce qui est de cette déficience pondérale et staturale chez les garçons de plus de 15 ans, on [suite en haut de la colonne de droite]

(1) Cf. Docteur Jacques Decourt. Loc. cit.

ILÉUS ALIMENTAIRES

Les restrictions alimentaires actuelles, en développant les régimes végétariens, ont provoqué une augmentation notable des cas d'iléus alimentaires. Alors qu'en France, jusqu'à ces derniers temps, quelques exemples seulement de cette affection avaient été signalés dans la littérature médicale, une douzaine d'observations toutes récentes ont pu être présentées à l'Académie de chirurgie par MM. Alain Mouchet, Debeyre et Leroy, Sénèque et Marcel Roux, Barbier, Mocquot, Moulonguet et Mondor.

Ce type d'occlusion intestinale se rencontre à la suite d'ingestion, habituellement en grande quantité, d'aliments encombrants, ou indigestes, généralement végétaux : carottes, haricots verts, fèves, lentilles, pois chiches, endives, asperges, peaux et pépins de raisin, figues, maïs, etc. Un malade de M. Mouchet se nourrissait depuis plusieurs jours exclusivement de carottes ; un autre avait fait pendant trois jours de copieux repas de haricots verts. Un malade de M. Mondor avait mangé une botte d'asperges et chacune d'elles de bout en bout. L'obturation se fit ici dans un sac herniaire. Elle a été observé une fois en amont d'un cancer du côlon.

Diverses conditions favorisent cette accumulation de produits cellulosiques dans l'intestin. Souvent, il s'agit de sujets ayant, pour satisfaire leur faim, avalé gloutonnement une grosse quantité d'aliments végétaux à peine mastiqués. Une mauvaise dentition peut jouer un rôle. Souvent, ce sont des sujets âgés. Souvent encore, ces malades sont d'anciens opérés du ventre, laparotomisés pour affections diverses, porteurs de brides, de coudures intestinales, ou des porteurs de hernie, de tumeur, au niveau desquelles les débris végétaux viennent s'accumuler. Parfois aussi, un trouble vasculaire ou nerveux moteur est susceptible d'intervenir (Moulonguet). M. Mondor rapporte le cas d'un malade chez lequel un amas considérable de haricots blancs non digérés ne constituait pas un agent d'obstruction totale mais était associé à une sorte d'asystolie gastro-intestinale (iléus alimentaire paralytique) provoquant une dilatation inerte de tout le tube digestif, dilatation gastro-duodéno-jéjunéo-iléale aiguë.

La symptomatologie de l'iléus alimentaire est celle de l'obstruction intestinale et l'on peut trouver, dans le jéjunum ou généralement à la fin de l'iléon, la masse cellulosique obstruant l'intestin sur une longueur variable, 10, 20, 30 centimètres, et parfois un obstacle intestinal prédisposant (coudure, bride, etc.)

L'évolution rapide des accidents impose l'intervention chirurgicale. L'entérotomie est l'opération logique (Mouchet), associée quelquefois à une résection, à l'aspiration, etc.

Une mortalité assez forte (35 p. 100) montre la gravité de l'iléus alimentaire.

P. LACROIX.

NOTES CLINIQUES

DEUX APPLICATIONS INTÉRESSANTES DE LA DIATHERMIE

Il s'agit pour la première, de Mme T..., 35 ans. Cette dame présente depuis plusieurs années des crises vertigineuses séparées les unes des autres par des intervalles allant de quelques semaines à quelques mois, ne disparaissant complètement qu'au cours de ses grossesses. Elle m'appelle en consultation en octobre 1943. A ce moment elle présente des vertiges subits se terminant par la chute, si elle n'a pas le temps de s'allonger, des bourdonnements d'oreille constants, une surdité relative, à marche progressive. Le gardenal, le bromure, l'aspirine qu'elle a pris jusqu'ici n'ont donné aucun résultat. Devant ce tableau clinique de syndrome de Ménière, la syphilis étant éliminée, je conseille, selon la méthode de Lermoyez, 0,03 de sulfate de quinine par jour, espacés en trois prises de 0,01, et je fais une série de douze séances quotidiennes de trente minutes de diathermie.

Une électrode d'étain (100 cm²) est placée sur toute la région péri-auriculaire (nécessité de raser les cheveux sur cette région), l'autre électrode sur la nuque. Intensité, 800 milliampères.

Amélioration nette dès la quatrième séance, cessation des phénomènes dès la huitième. Depuis, j'ai eu l'occasion de revoir cette personne qui ne se plaint plus de ses vertiges. La surdité n'a pas progressé ; au contraire elle semble moins accentuée.

Deuxième Observation :

Le jeune P..., 11 ans, est amené par ses parents. Il présente tout le tableau clinique d'une paralysie faciale périphérique. Cet accident est apparu au réveil, vers la fin d'octobre ; ses parents affirment que depuis quelque temps, il présentait une déviation de la bouche ne l'empêchant pas de siffler.

La syphilis est éliminé par un B.W. au fils et au père.

Une série de vingt séances d'une demi-heure de diathermie est faite (900 milliampères), une électrode sur le côté paralysé de la face, l'autre sur la région cervicale postérieure.

Dès la dixième séance amélioration nette, cessation complète de la paralysie à la quinzième. Depuis, tout est resté normal, malgré la température plus rigoureuse, où l'enfant devait effectuer plusieurs kilomètres à pied matin et soir pour se rendre à l'école.

Dr LORIQUER.
(Dol-de-Bretagne, Ille-et-Vilaine).

LES THÈSES

Dr M. Dirand. — **Le lait entier acidifié. Son emploi chez le nourrisson sain et le nourrisson malade.** (Thèse de Paris, 1943).

Le lait entier acidifié a été préconisé par Marriott, en 1919, pour l'alimentation des enfants athrepsiques. Il s'agit d'un lait de vache non écrémé, acidifié par fermentation lactique ou par addition d'acide lactique. L'auteur américain montra que l'acidification augmentait la digestibilité et la tolérance du lait et permettait d'utiliser, chez les débiles, un lait entier normal en matières grasses, d'où un accroissement de poids des nourrissons que l'on n'obtenait pas avec d'autres régimes moins riches.

Ce lait se prépare soit avec du lait de vache naturel, que l'on additionne de farines, de dextrine-maltose, de sucre et d'acide lactique, soit avec un lait entier acidifié sec, obtenu industriellement, que l'on fait dissoudre dans de l'eau. Accueilli avec faveur par les pédiatres d'Amérique, d'Allemagne et de Suisse, ce lait a donné lieu, en France, à des appréciations diverses, les unes nettement favorables, les autres plus réservées. Mme le Docteur Dirand a pu en étudier la valeur dans le service du Dr Paisseau, à l'hôpital Trousseau. Elle conclut que le lait entier acidifié, en raison de sa digestibilité accrue, est bien toléré par le nourrisson sain et le nourrisson malade. Du fait de sa richesse en beurre, il permet une suralimentation très utile chez les hypotrophiques, les hypothrepsiques, les débiles et les prématurés. Il peut être aussi employé avec succès au cours des gastro-entérites (après une période de diète hydrique), chez les vomisseurs (en dehors toutefois des cas de sténose du pylore) et au cours des infections. Il peut enfin être donné avec profit aux nourrissons bien portants, dans l'allaitement mixte ou artificiel, particulièrement chez les nouveau-nés qui prospèrent mal avec les autres modes d'allaitement.

Dr René Sagnières. — **Au sujet de l'organisation et du contrôle de l'éducation physique à l'école.** (Thèse de Lyon, 1943).

L'éducation physique et le sport tendent, avec la législation nouvelle, sous un contrôle médical rationnellement organisé, à s'intégrer dans la formation générale de l'adolescent et du jeune homme au même titre que la culture intellectuelle. Actuellement, toutefois, en raison des circonstances que nous traversons, l'éducation physique ne peut recevoir son plein développement et il n'est pas possible de porter un jugement précis sur les résultats qu'elle est appelée à donner. Cependant, d'ores et déjà on ne peut qu'être encouragé par les résultats que permet la collaboration effective des médecins et des pédagogues, dans les écoles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le cinquantenaire de la sérothérapie antidiphtérique.

(M. G. Ramon ; 8-2-1944)

C'est il y a cinquante ans (1894) que le sérum antidiphtérique fut appliqué en thérapeutique, par Roux, Chaillou et Martin, à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de Jules Simon. La sérothérapie avait eu, comme prélude, la découverte (1888) par Roux et Yersin de la toxine diphtérique, et ultérieurement (1890) celle de l'antitoxine par Behring et Kitasato.

M. Ramon, après avoir évoqué ces dates mémorables, montre les progrès réalisés en sérothérapie antidiphtérique depuis 1894.

L'activité du sérum antidiphtérique a pu, à la suite de recherches diverses, être notablement augmentée. Sur ce point, les progrès les plus importants ont été réalisés, au cours des vingt dernières années, par l'utilisation, pour la production du sérum, de l'anatoxine et des substances stimulantes de l'immunité (Ramon).

Une autre conséquence des recherches de M. Ramon a été d'amener peu à peu les cliniciens français à exprimer unités antitoxiques les doses de sérum alors qu'auparavant ils les formulaient en volume, sans tenir compte du taux antitoxique. Au début de la sérothérapie, la posologie comportait une première injection de 20 cm³, puis, 24 heures après, une seconde de 20 ou 10 cm³ qui était généralement suffisante, la quantité totale maxima allant à 120 cm³. Plus tard, en présence d'épidémies graves de diphtérie, les quantités de sérum utilisées furent augmentées et il y eut même à un certain moment une véritable « débauche de sérum », pour employer l'expression de Jules Comby.

Des recherches expérimentales et cliniques poursuivies dans les services de Grenet et de Guillemot, avec le concours de M. Debré et de ses collaborateurs, conduisirent M. Ramon a présenter une formule nouvelle de traitement sérothérapique de la diphtérie : celle de l'injection précoce, unique et relativement massive d'antitoxine spécifique. Cette formule consiste à injecter, dès le soupçon de diphtérie cliniquement posé, sans attendre le diagnostic bactériologique, une dose de sérum comprise, suivant l'âge, le poids du sujet et la gravité de la maladie, entre 10.000 et 50.000 unités antitoxiques. La sérothérapie peut être associée à l'anatoxithérapie (séro-anatoxithérapie) suivant une technique indiquée également par M. Ramon. Ce traitement, appliqué ainsi précocement, offre une efficacité plus grande et permet une consommation moindre de sérum.

M. Ramon montre enfin les résultats donnés par le sérum antidiphtérique depuis 50 ans. Grâce à la sérothérapie, une réduction très importante de la mortalité chez les diphtériques a été obtenue.

Sur la vaccination au B.C.G.

(M. Lecoutre ; 8-2-1944)

M. Guérin présente, au nom de M. Lecoutre, une note intitulée : Mortalité générale comparée des enfants vaccinés ou non vaccinés au B.C.G., enregistrée à la Société de secours mutuels de la concession de Liévin au cours de onze années (1932-1942).

Les conclusions de l'auteur sont favorables à la vaccination par le B.C.G.

Une nouvelle méthode d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments biotypologiques du corps humain.

(M. M. Verdun ; 8-2-1944)

Sigaud et Mac Auliffe ont proposé de fonder la classification des types morphologiques sur le développement respectif des grands segments organo-fonctionnels du corps humain : digestif, cardio-respiratoire, musculaire et cérébral. M. Verdun, dont on connaît les travaux de biotypologie, propose une méthode pratique, clinico-anthropométrique, d'appréciation de ces segments, susceptible d'applications diverses (orientation professionnelle, étude analytique de certains troubles de morphogénèse, etc.).

Le contrôle phtisiologique des externes et internes des hôpitaux de Paris.

(M. E. Rist ; 15-2-1944)

Le risque de contagion tuberculeuse couru par les étudiants en médecine dans les services hospitaliers pose un problème médico-social dont l'importance a préoccupé depuis quelques années les Facultés de médecine. La plupart avaient organisé, dès avant la présente guerre, un service de dépistage, qui est devenu, depuis 1942, obligatoire. Déjà, antérieurement, ce problème était envisagé par l'Administration de l'Assistance publique à Paris pour les externes et les internes placés sous sa juridiction. Un Centre a été créé, sous la direction du Dr Rist, visant à la prophylaxie phtisiologique et aussi au traitement des externes et internes des hôpitaux contagionnés durant leur service. A chaque promotion, les nouveaux externes sont examinés, biologiquement (cuti-réaction), radiologiquement, cliniquement, et bactériologiquement s'il y a lieu. Ce premier triage conduit naturellement à constater, chez une très grande majorité des externes examinés, la parfaite intégrité de l'appareil respiratoire. Il permet aussi de dépister quelques tuberculoses ignorées et quelques lésions simplement suspectes. Les externes reconnus malades sont mis en congé et soignés, au Sanatorium des étudiants en particulier. Les autres restent sous le contrôle phtisiologique pendant leur externat, et leur internat s'ils deviennent internes. Les externes et les internes des hôpitaux sont effectivement particulièrement exposés au contage bacillaire, même dans les salles non affectées aux tuberculeux. L'Administration de l'Assistance publique aide pécuniairement, pour qu'ils puissent se soigner, les externes et les internes atteints d'affections tuberculeuses dans l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce milieu homogène de jeunes sujets, au courant eux-mêmes des questions phtisiologiques, M. Rist a pu déjà faire une série d'observations qu'il se propose d'exposer ultérieurement.

Le prototype humain

(M. le médecin-général F. Pasteur ; 15-2-1944)

Sur deux intoxications collectives par l'Ervilier

(M. Valdiguié. — Présentation par L. Me Noir ; 15-2-1944)

L'Ervilier ou Ers est une plante dont la graine a été parfois confondue, dans le Midi de la France, avec le " lentillon " comestible. L'auteur rapporte deux exemples de cette confusion, d'où sont résultés des accidents toxiques (douleurs abdominales, vomissements, asthénie tenace) ayant atteint deux groupes de personnes, 17 religieux vivant en congrégation, d'une part, et 26 institutrices et employées d'un pensionnat, d'autre part, qui avaient ingéré des graines d'Ervilier, croyant manger des „ lentillons ".

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sarcome développé sur un utérus fibromateux faiblement irradié.

(M. G. Métivet ; 1-12-1943)

M. Gricouroff a présenté récemment quatre observations de sarcomes développés sur des langues cancéreuses irradiées. M. Métivet rapporte aujourd'hui le cas d'une femme atteinte de fibrome utérin de volume modéré qu'il a pu suivre pendant plusieurs années. Inquiète de ses métrorrhagies, la malade, malgré l'avis de l'auteur, désira essayer le traitement radiothérapique. Des applications de rayons, à faibles doses, furent faites pendant deux mois. Les règles furent supprimées durant trois mois, tandis que

'utérus augmentait de volume et que l'état général déclinait. Une intervention montra l'existence d'un sarcome inopérable. La patiente succomba deux mois plus tard.

Hypothermie post-opératoire

(M. G. Bailliat, de Perpignan
Rapport de M. J. Gosset; 1-12-1943)

Un homme de 83 ans est opéré pour perforation d'ulcère duodénal. Le soir de l'opération, la température du malade est à 37°3. Le lendemain matin, elle tombe à 35 ° et le soir à 34°5, où elle reste jusqu'au matin du troisième jour, avec pouls à 60. Retour à la normale le quatrième jour. Etat général d'ailleurs très satisfaisant et sortie de l'opéré, guéri, le dixième jour. L'explication de cette hypothermie reste mal établie. M. J. Gosset incriminerait volontiers une altération sénile du fonctionnement des centres régulateurs végétatifs diencéphaliques.

Tuberculose gastrique

(MM. J. de Fourmestraux et B. Fredet,
de Chartres; 8-12-1943)

Les auteurs rapportent un cas de tuberculose gastrique observé par eux à l'hôpital de Chartres. Le cas est intéressant par la rareté de cette affection.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Intoxication familiale collective à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du tri-orthophosphate crésyl.

(MM. Th. Alajouanine, G. Boudin, Ch. Coury
et Cl. Villey; 10-12-1943)

Les auteurs présentent trois malades, le père et les deux filles, qui sont atteints d'une paralysie des sciatiques poplités externe et interne, totale chez les deux filles, incomplète chez le père, avec abolition des réflexes achilléens, absence de troubles sensitifs objectifs, mais avec douleurs musculaires spontanées et provoquées.

Ces paralysies se sont développées rapidement, sans fièvre, avec un subictère chez une fille, un épisode diarrhéique chez le père, faisant suspecter une intoxication alimentaire, d'autant plus que la mère, absente alors, est restée seule indemne de la famille. Les recherches portant sur leur alimentation ont permis de démontrer qu'une huile, ingérée à plusieurs reprises en salade contenait du tri-ortho-phospnate crésyl. Les auteurs insistent sur les caractères topographiques, cliniques et évolutifs de ce type de polynévrite dû au tri-ortho-phosphate crésyl, corps qui est également en cause dans les polynévrites par créosote; dans les polynévrites de la " ginger-beer " des Etats-Unis, dans les polynévrites de l'apiol, et dont les méfaits, lors de son association à certaines huiles, déjà connus, méritent, dans les temps actuels, d'être soulignés.

G. F.



LA PRESSE

Répercussions de la période actuelle sur la fonction de reproduction. Le docteur *Balard* envisage successivement la fonction menstruelle, la puerpéralité normale et la puerpéralité pathologique. Depuis trois ans, on a noté une augmentation considérable des aménorrhées ; celles-ci ne semblent pas toujours une conséquence de la suspension de l'ovulation, et on peut admettre parfois la persistance de la folliculine. Toujours est-il que leur pronostic semble relativement bénin, en raison de la facilité pour l'organisme de s'adapter à des conditions normales d'existence et d'alimentation, à une reprise de la vie génitale, en même temps que cessent les ennuis et les émotions. D'autre part, les circonstances actuelles sont susceptibles d'amener une interruption prématurée de la grossesse, tout en notant que dans 80 % des cas, les avortements sont provoqués ; cependant, il sera prudent d'assurer aux femmes le repos des six dernières semaines, tel qu'il est prévu par les lois sociales. On avait pu constater une certaine diminution dans le poids des nouveau-nés, en rapport avec une sous-alimentation des femmes enceintes ; mais de récentes mesures ont écarté ce danger aussi faut-il maintenir celles-ci et les améliorer. Le nombre des grossesses gémellaires apparaît plus élevé que d'habitude, peut-être en raison d'une loi biologique générale de défense de la race contre l'individu. Enfin, on a l'impression que la durée de l'accouchement est actuellement moindre qu'autrefois.

(« *Journ. de Médecine de Bordeaux* », 30 *décembre* 1943).

L'action des sulfamides dans les affections de l'oreille moyenne et des sinus. Le docteur *G. Eigler*, après une vue d'ensemble sur la question, rend compte de ses propres recherches pour lesquelles il a plus particulièrement utilisé la sulfapyridine et le sulfothiazol. Durant les deux premiers jours, suivant la gravité, il prescrit 10 à 16 grammes, puis quotidiennement 3 à 4 grammes, soit au total 30 à 40 grammes. Ces doses furent, sauf dans quelques cas, bien supportées ; il était recommandé aux malades d'absorber beaucoup de liquides durant cette cure. Point important, il faut surveiller de près la mastoïde qui peut être atteinte malgré une apparence normale du tympan. Sur 249 cas d'otites aiguës, la guérison fut obtenue chez 238 malades, sans aucune autre thérapeutique, en une moyenne de douze jours, et même en huit jours après perforation spontanée du tympan ; six fois, il y eut complication osseuse. Les douleurs disparurent rapidement sans aucune paracentèse. Il y a cependant lieu de surveiller la possibilité de récidives. Sur 81 otites chroniques avec perforation centrale et suppuration abondante, ayant subi divers traitements sans résultat, 58 guérirent en une moyenne de neuf jours ; le sulfothiazol est recommandé, lorsque toute thérapeutique locale reste inactive. Dans les sinusites, les sulfamides, malgré quelques succès rapides, ne semblent pas supérieurs aux autres médications ; cependant il est utile de les combiner à celles-ci (« *Münch. Mediz. Wochens.* » 10 *mars* 1944).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

VERS UNE MÉDECINE RENOUVELÉE

C'est un fait à la fois frappant et très expressif de l'époque que l'insatisfaction intellectuelle qui va de pair avec les tourments de la guerre. Celle-ci nous a précipités dans un provisoire qui tient en suspens tous nos acquis antérieurs : il faut se faire à l'idée que, si vastes soient les problèmes politiques que nous affronterons à l'heure de la paix, d'autres tout aussi brûlants et peut-être, humainement, plus vastes encore se poseront à nous. Nombreux sont du reste les hommes qui déjà les envisagent et cherchent dans des spéculations ouvertes sur l'avenir une évasion des astreignants soucis d'aujourd'hui.

Or, qu'on lise les conjectures d'un philosophe, d'un sociologue, d'un savant, d'un artiste ou d'un médecin, un même mot surgit dès les premières lignes ; le mot : retour. Chacun expose qu'il ne peut être question de reprendre l'itinéraire là où il fut soudainement interrompu par la guerre. Celle-ci aura été la sanction d'un dérèglement devenu général parce qu'il avait gagné de proche en proche les esprits, les activités, les mœurs ; elle aura été le signal impératif de stopper. Il faut revenir en arrière, rompre de quelques idées, sacrifier un certain nombre d'illusions, avouer l'erreur et la corriger.

Au demeurant le retour en arrière ne signifie pas l'abandon délibéré de toute progression. Lorsqu'on s'est fourvoyé jusqu'au fond d'une impasse, le seul recours pour poursuivre la route c'est de retourner à la croisée des chemins où l'orientation fut fautive et trouver la voie ouverte.

***

L'Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade (1) du professeur Pierre Delore est essentiellement une invitation à reviser notre position et à constater son aberrance qui nous a déportés loin en dehors de la ligne où nous cherchent les sociétés modernes. Car une déviation de doctrine nous a en même temps fait dévier de notre rôle social et c'est un des attraits singuliers du livre d'en apporter la démonstration.

La médecine de ces dernières décades, rendue ambitieuse par les découvertes considérables faites en biologie, en bactériologie, en physiologie, a prétendu se modeler sur les sciences dites exactes et se constituer comme celles-ci un code régissant les phénomènes de la pathologie. Or de ces sciences dites exactes c'est la physique qui progressivement annexe et oriente toutes les autres. La révolution retentissante survenue en physique à la suite des travaux de Planck et de Broglie bouleverse donc les satellites ; le principe nouveau : la matière est une forme de l'énergie, ruine tout un pan de nos certitudes et ouvre la voie à de nouvelles conceptions. « Il n'y a pas de fossé irréductible entre le matériel et l'immatériel, le pondérable et l'impondérable, le domaine de la raison pure et celui de l'esprit. »

En médecine un tel constat mène loin. Conglomérant des éléments que nous avions crus irréductibles et, proposant une vue synthétique de l'Univers il invite à suspendre notre studieuse étude analytique de ce microcosme qu'est l'homme et à l'envisager dans son entité. La médecine, connaissance de l'homme malade, doit être regardée désormais comme la connaissance de l'homme intégral et ne donner à la maladie que la valeur d'un épisode. Au demeurant si elle se propose l'étude des maladies c'est afin de les maîtriser et d'obtenir la restitution de la santé. Il ne serait donc nullement paradoxal de la qualifier non par son point de départ mais par son point d'arrivée, non par son sujet mais par son objet et de l'appeler la science de la santé. On aperçoit l'idée incluse dans le titre même du livre.

Enivrée par les progrès de la technique et particulièrement de la bactériologie, la médecine s'est fait de la maladie une conception pernicieuse : elle l'a considérée comme une prolifération purement exogène et a prétendu l'identifier, la cataloguer, la déceler, la combattre sous les seules espèces de l'agent morbide. Ainsi a-t-elle perdu de vue que la maladie est un combat où assaillant et assailli rivalisent de toutes leurs ressources et auquel ils impriment tous deux leur marque personnelle. A chacun sa vérité, à chacun sa maladie. Cette vue nuancée, les anciens l'avaient ; nous nous en étions départis sous l'empire d'une ambition de scientistes. La science elle-même dans son expression la plus stricte nous invite à plus d'humilité. Désormais devront être prisesen considération toutes les déterminantes du conflit morbide : le terrain tout comme le microbe, le milieu physique, cosmique, social où vit l'être aussi bien que l'être lui-même, l'esprit autant que le corps. Autant dire que l'on voit se dessiner les avenues de toute une pathologie nouvelle et s'indiquer les contacts d'une clinique infiniment enrichie d'idées générales et de connaissance humaine : « Réprouver la spécialisation excessive ou prématurée, maintenir la médecine générale à la première place, sauvegarder le médecin de famille ». C'est donc mettre la médecine en véritable insurrection contre les tendances que lui imprimaient l'époque et la civilisation mécanique. Le « retour » est incontestable, et même la réaction. Il ne s'agit pas de renoncer à quoi que ce soit de ce qu'a valu l'étude analytique de l'homme malade mais de reprendre en main une interprétation qui échappait de plus en plus au médecin. Il appartient à l'homme de juger l'homme et d'apprécier le fonctionnement de son organisme, et non aux instruments de mesure.

***

L'homme réel, vivant, complet est un organisme

(1) Masson et Cie, Editeurs, Paris.

dont tous les rouages sont engrenés entre eux et s'entraînent l'un l'autre. C'est dans cet esprit de solidarité des organes et des fonctions que nous faisons retour à l'adage : *Morbus totius substantiæ.*

La même dépendance lie le corps à l'esprit. « C'est l'élément nerveux qui qualifie l'acte physiologique de l'homme. » Aussi le médecin devra-t-il dorénavant « se placer à la jonction du psychique et de l'organique ».

Il est abusif de séparer l'homme de son milieu familial dont il tient son hérédité de germes ou de terrain et son ambiance biologique. La médecine familiale est non seulement une médecine de terrain mais aussi une *médecine de continuité.*

Dans une société aussi différenciée que la nôtre l'individu noue d'autres liens que les familiaux et doit être considéré aussi dans son milieu social. D'où la médecine scolaire, la médecine des groupements de jeunesse et des sports, l'esprit médical de l'orientation professionnelle, la médecine du travail.

Prenant plus de champ encore, la médecine considérera l'homme dans son milieu physique et c'est ici que s'introduit la cosmobiologie.

Ainsi modelé par des agents intérieurs, voisins ou lointains, l'homme acquiert une personnalité morphologique et physiologique qui est définie par son biotype, le *diagnostic de l'individu.*

Si l'on admet la médecine comme la science de la santé, il n'est plus valable de définir la santé par l'absence de maladie. « La santé est une capacité d'adaptation et de compensation constante vis-à-vis des facteurs de déséquilibre. » De même que chacun donne à la maladie un tour personnel, chacun se fait aussi un type de santé. Mais ici nous abordons des spéculations encore bien mouvantes car les hommes jusqu'à présent se sont préoccupés beaucoup plus de la maladie que de la santé, comme si sauvegarder et consolider la santé n'était pas la meilleure tactique contre la maladie. Les études médicales ont tout un domaine de connaissance de l'homme en santé à aborder et à placer au seuil de l'étude de l'homme malade.

Ce serait mal comprendre la médecine de la santé qu'en faire une médecine de dépistage ou une médecine préventive car l'une et l'autre ont pour préoccupation la maladie, non la santé. Il est évident que dépistage ni prévention ne sauraient être abandonnés et qu'ils ont leur place marquée dans le domaine médical mais tout un vaste canton les précède et appartient en propre à la médecine de la santé. Celle-ci rassemble les tests cliniques, morphopsychologiques, biologiques de la santé, et dispense les conseils, l'éducation, la morale susceptibles de maintenir en santé. De l'eugénique à la puériculture, la médecine scolaire et jusqu'à la médecine familiale, la médecine de la santé a son mot à dire partout. Elle prend son expression dans l'examen de santé périodique et son siège dans les centres de santé.

***

En abordant la médecine de l'homme malade, l'auteur transporte à ce domaine plus communément exploré les concepts qu'il a développés à propos des soins de la santé. Il réclame audience pour la notion de terrain, non seulement exprimé par la constitution et le tempérament, mais enrichi de l'analyse biotypologique, de l'aspect endocrinien, du terrain nerveux, des rythmes individuels.

« La connaissance du terrain donne la clef des formes cliniques... conduit à une sémiologie élargie... étend le domaine des maladies de la nutrition... relève le rôle des fautes d'hygiène... met à l'ordre du jour les procédés de modification du terrain... et ramène enfin à la primauté la médecine générale » et son desservant : le médecin de famille.

Il parvient de proche en proche à cette affirmation révolutionnaire que ce qui est spécifique dans une maladie ce n'est pas l'agent morbide mais le sujet. A un nombre relativement petit d'entités morbides répond une multiplicité de modalités réactionnelles du terrain individuel. Tous les principes fondamentaux de la doctrine pastorienne se trouvent remis en question, et la thérapeutique, induite à faire appel d'abord aux méthodes de désensibilisation, d'accoutumance, de stabilisation et de choc est véritablement bouleversée.

« Le microbe peut être la signature de la maladie dans des circonstances où nous le considérons comme sa cause originelle, l'effet pouvant devenir cause à son tour. »

Enrichie par les acquisitions que lui vaudra l'étude de la santé, la médecine curative est en passe d'étendre son domaine, de s'appliquer, au lieu de les reconnaître, à pressentir les maladies et à distinguer dans leur cours « une période préclinique » qui nous échappe totalement aujourd'hui. Il y a là un ensemble de techniques biologiques à perfectionner ou à créer de pied en cap. D'ores et déjà il est possible de préciser que cette période préclinique se subdivise en deux phases selon les potentialités thérapeutiques : une première où le processus morbide peut encore être enrayé, une seconde où il est devenu irréversible. La séroprophylaxie des fièvres éruptives a commencé de projeter quelques lueurs sur ces notions récentes. L'étude des maladies par carence a aussi été particulièrement suggestive à ce propos.

Enfin il est concevable un stade plus précoce encore que la période préclinique et que l'on peut appeler la phase psychique, celle au cours de laquelle le subconscient s'avoue dominé et anxieux.

***

Il est impossible de donner dans une analyse cursive et nécessairement schématisée une idée du déroulement de la pensée dans une œuvre de ce genre.

La substance en est tout ensemble riche et dense et le profit qu'on en peut retirer apparaît davantage encore à la réflexion qu'à la première lecture.

Il est frappant pour le médecin de voir s'affirmer les promesses d'une transfiguration aussi profonde de la médecine et surtout de la voir prendre son rang parmi toutes les disciplines intellectuelles qui donnent un démenti aux prétentions de la civilisation actuelle. Ce livre éveille de longues réflexions, il les mérite.

En outre ne doit-on pas saluer avec un respect particulier et une sympathie entière ce gage que la pensée française n'est pas tout obnubilée par l'adversité et qu'il subsiste chez nous des yeux pour regarder avec pénétration et confiance vers l'avenir par delà notre pitoyable chemin de croix.

G. LAVALÉE.

DROIT PROFESSIONNEL

LA CONVENTION D'ARBITRAGE POUR LE RÈGLEMENT DES HONORAIRES MEDICAUX EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le 25 mai 1929 était passée entre M. le professeur Balthazard, représentant la Confédération des Syndicats Médicaux Français, et la Réunion des Assureurs contre les Accidents du Travail, représentée par son président, M. Lucien Delmas, une convention ayant pour objet de soumettre à un arbitrage le règlement amiable de certains litiges susceptibles de naître entre les membres d'un syndicat médical et les sociétés d'assurances groupées dans la Réunion des Assureurs.

Dans le préambule, il était précisé que les parties contractantes entendaient se soumettre de plein gré à cette juridiction arbitrale, qu'elles prenaient l'engagement d'honneur d'en accepter les décisions et qu'elles s'obligeaient à en assurer et à en garantir l'exécution par leurs adhérents.

Les commissions arbitrales instituées par cette convention se mirent aussitôt à fonctionner et, dix ans plus tard, leur création était sanctionnée par l'article 38 de l'arrêté ministériel du 5 mai 1939 qui disposait qu'en vue de prévenir et de régler amiablement les difficultés relatives à l'application du tarif, les parties intéressées pourraient les déférer à ces commissions.

Enfin, en février 1941, la convention était reprise à son compte, avec quelques modifications de détail, par le Conseil supérieur de l'Ordre national des Médecins, représenté par son président, M. le professeur Leriche.

Il était nécessaire en effet que le Conseil supérieur intervînt pour donner une nouvelle vie à la convention, devenue caduque par la « mort civile » d'une des parties contractantes, la Confédération des Syndicats Médicaux, dissoute par l'effet de l'article 17 de la loi du 7 octobre 1940.

Mais, en donnant une nouvelle vie à la convention, l'intervention du Conseil supérieur de l'Ordre lui a donné aussi une force obligatoire que n'avait pas été susceptible de lui conférer la signature de la Confédération. Cette dernière groupait des syndicats médicaux qui, eux-mêmes, ne comptaient comme adhérents que des médecins ayant librement et spontanément décidé de s'y agréger. Elle était *res inter alios acta* et, par conséquent, sans force à l'égard des médecins qui avaient préféré conserver leur totale indépendance et vivre leur vie professionnelle en marge des syndicats. Par contre, tous les médecins dép ndent dir ctement du Conseil supérieur de l'Ordre, d'où il suit que tous les médecins régulièrement inscrits au Tableau sont de plein droit obligés par la convention et tenus de la respecter.

Il semblerait donc que la convention d'arbitrage, revêtue maintenant de la patine du temps, de la consécration officielle par les dispositions de l'article 38 de l'arrêté du 5 mai 1939 et de l'autorité générale et absolue que lui donne la signature du Conseil supérieur, soit une de ces constructions majestueusement assises sur des bases juridiques inébranlables. Pourtant, et malgré ce que représentent tant de garants, osons-nous timidement élever encore quelques doutes sur sa validité.

Remarquons tout d'abord que la loi du 9 avril 1898, en donnant au médecin traitant de la victime d'un accident du travail le droit d'agir directement contre le chef d'entreprise responsable en paiement de ses honoraires dans les limites du tarif fixé par arrêté ministériel, lui avait laissé la possibilité de se faire régler intégralement et directement par la victime, sans limitation de tarif.

C'est le corps médical lui-même qui, adorant alors ce qu'il a brûlé plus tard, a, par un usage constant, en renonçant systématiquement à se faire honorer par les blessés pour s'adresser aux assurances des employeurs responsables, créé de ses propres mains le tiers payant pour l'application d'une loi sociale.

A sa décharge, il convient de dire qu'il y a été entraîné un peu par la force des choses et par l'intervention dans les règlements de puissantes compagnies d'assurances qui se substituaient à leurs assurés, les employeurs responsables.

Et c'est ainsi que nous avons abouti tout naturellement, à la nouvelle rédaction de l'article 4 par la loi du 1er juillet 1938 qui, sanctionnant un état de fait préexistant, a décidé que désormais le chef d'entreprise serait *seul* tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. Donc maintenant, plus d'entente directe possible et limitation obligatoire des honoraires médicaux.

Il serait sans doute bien inutile de déplorer une telle évolution, bornons-nous donc à la constater.

Mais ce qu'il faut en retenir, du point de vue qui nous occupe présentement, c'est que le règlement des honoraires médicaux, depuis la loi du 1er juillet 1938, ne peut plus sortir du cadre rigide de la législation sur les accidents du travail par le biais d'une action de droit commun contre le blessé. Que les médecins le veuillent ou non, désormais ils ne peuvent plus se faire honorer que par le patron responsable, seul débiteur légal et dans les limites du tarif.

Or, la loi sur les accidents du travail a pourvu elle-même au règlement des litiges qui peuvent s'élever entre les médecins et les chefs d'entreprises responsables, à l'occasion du paiement des notes d'honoraires. Par son article 15, elle a décidé que le juge de paix du canton où l'accident s'est produit connaît les demandes relatives au paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires jusqu'à 1.500 francs en dernier ressort et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision.

Sans qu'il soit nécessaire d'invoquer en l'espèce l'article 30 de la loi qui déclare nulle de plein droit toute convention contraire à la loi, mais qui ne vise directement que les conventions ayant trait à l'indemnité permanente, souvenons-nous que la jurisprudence attache un caractère impératif et d'ordre public aux règles de compétence et de procédure tracées par elle.

De plus, si l'on envisage la question sous l'angle des principes généraux du droit et non plus dans les limites étroites des règles particulières aux accidents du travail, on est conduit à considérer que les stipulations de la

convention soumettant tous les litiges à venir sur l'application du tarif à une commission d'arbitrage constituent une véritable clause compromissoire.

On appelle ainsi toute clause soumettant à des arbitres non encore désignés toutes les contestations qui peuvent s'élever sur l'exécution d'un contrat. La jurisprudence est unanime à décider qu'une telle clause est nulle, parce qu'elle ne contient ni une désignation suffisante de l'objet du litige, ni une désignation suffisante des arbitres. Sans doute ne s'agit-il alors que d'une nullité relative et non d'ordre public, qui se trouve couverte par une renonciation formelle ou par l'exécution même du compromis sans protestation ni réserve. Ce n'est qu'en matière de conventions collectives du travail que la loi du 25 mars 1919 a admis la validité de dispositions par lesquelles les parties remettent à des arbitres désignés ou à désigner, le jugement de tout ou partie des litiges que peut faire naître l'exécution de la convention. Mais la loi sur les conventions collectives de travail n'est applicable que dans les rapports entre employeurs et salariés, liés les uns envers les autres par un contrat de louage de service ou contrat de travail. L'exception qu'elle comporte à la règle générale, touchant la nullité relative de la clause compromissoire en matière civile, ne peut donc être étendue à la convention d'arbitrage.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore s'il en était besoin nous ne pensons pas qu'il soit légalement possible de déroger par une convention particulière ou même collective aux règles spéciales de procédures tracées par la loi sur les accidents du travail.

Qu'adviendrait-il donc si, malgré la convention, un médecin refusait de soumettre un litige à la Commission d'arbitrage et actionnait en paiement le chef d'entreprise responsable devant le juge de paix du canton du lieu de l'accident, conformément aux dispositions de l'article 15 ? Le Conseil de l'Ordre pourrait-il tout au moins prendre des sanctions disciplinaires contre lui ? C'est peu probable étant donné que dans un conflit entre l'ordre public et une obligation contractuelle, fût-elle collective, le dernier mot doit toujours rester à l'ordre public.

Seule, selon nous, la loi serait capable de donner une autorité incontestée à la convention d'arbitrage et il serait souhaitable qu'elle intervienne pour consolider une institution qui a déjà rendu de précieux services.

Mais si nous désirons que la Commission d'arbitrage soit investie d'une autorité plus haute et d'une compétence indiscutable, nous nous permettons aussi d'émettre le vœu qu'elle adopte dans l'avenir une procédure plus exacte et plus soucieuse de la sauvegarde des intérêts de la défense que celle qu'elle a suivie jusqu'ici.

Loin de nous la pensée de dénigrer l'action des hommes éminents qui se sont dévoués à la solution amiable de tels litiges avec le désintéressement le plus absolu. Nous entendons au contraire rendre le plus sincère hommage à la conscience et à l'esprit d'équité qu'ils ont toujours montrés.

Nous ne pouvons cependant dissimuler que suivant certaines doléances que nous avons recueillies, le règlement de procédure de la Commission peut donner lieu à quelques critiques. C'est ainsi que des médecins se plaignent d'être tenus dans l'ignorance des causes réelles des contestations soulevées par les assurances ou de ne pouvoir obtenir communication des pièces de l'adversaire.

Que la Commission se souvienne de la jurisprudence toujours si ferme du Conseil d'Etat en matière de contentieux des soins aux pensionnés de guerre et que cette haute juridiction vient d'appliquer encore récemment, par un arrêt du 3 mars 1944, dans une affaire d'assurances sociales, jurisprudence suivant laquelle toute juridiction doit observer les règles générales de procédure dont l'application n'a pas été écartée par une disposition législative formelle ou n'est pas inconciliable avec l'organisation même de cette juridiction.

Le respect des droits de la défense, qui exige notamment que toutes les pièces dont une partie doit se servir au cours d'un procès soient communiquées à l'adversaire avant les débats publics, qu'il ne soit statué que dans la limite des conclusions prises respectivement par les parties, que tout membre du tribunal se garde d'émettre avant le jugement un avis sur les affaires dont il doit avoir à connaître, etc., doit être scrupuleusement observé par la Commission.

Ces règles de procédure qui apparaissent souvent comme de vaines formalités constituent en réalité les barrières les plus solides à l'arbitraire et au caprice des juges.

Gardons-nous d'en médire et sachons de nous-mêmes les appliquer en toute circonstance. C'est à quoi nous invite (et avec nous la Commission d'arbitrage) la jurisprudence du Conseil d'Etat que nous venons de rappeler.

H. MEILLET.

RÉFLEXIONS SUR LA FORMATION MÉDICALE

par le Dr E. DE VÉRICOURT.

Il m'apparaît que les méthodes pédagogiques médicales ainsi que les programmes techniques et culturels offrent d'importantes lacunes.

Je m'efforcerai dans cette courte note de mettre en valeur quelques-uns d'entre elles.

I. — FORMATION TECHNIQUE.

Alors que l'on met des semaines à instruire un apprenti pour lui apprendre l'art de manier correctement la lime, la médecine n'a pas de méthode d'apprentissage.

C'est au petit bonheur que chacun apprend un jour à faire une injection intramusculaire, une autre fois à essayer une ponction lombaire. Disons dans ce dernier cas que les patients ont « bon dos » !

J'ai interrogé de nombreux médecins afin de savoir comment ils avaient appris à faire un pansement. La plupart n'avaient jamais appris, ils « s'y étaient mis », ce qui est fort différent.

Or, aujourd'hui, les petites techniques se sont multipliées et l'on en sait tout le prix. Je signalerai à titre d'exemples : les infiltrations sympathiques, les ponctions sternales et spléniques, l'art d'opérer correctement une transfusion sanguine.

Combien de médecins ont été rompus aux manœuvres courantes : une ponction lombaire, voire une injection intraveineuse ?

Combien savent placer correctement un plâtre ?

Revenons à l'apprenti. Il n'apprend pas à limer en lisant la technique dans un livre.

Un moniteur le suit de très près et lui apprend à corriger ses erreurs. Il y a pour cela une méthode.

Les méthodes pédagogiques médicales sont à naître. Je rêve de moniteurs — externes, internes ou chefs de clinique — indiquant aux élèves l'instrumentation de leur métier, faisant des démonstrations sur le maniement de ces instruments, la façon de les tenir correctement en main. Puis on passerait pour chaque procédé à l'application pratique.

Il y a des procédés communs à toutes les formes de l'art médical. Ils vont depuis la rédaction du certificat et de l'ordonnance jusqu'aux différentes méthodes pour donner correctement un coup de bistouri, poser un garrot, pratiquer la respiration artificielle, sonder un prostatique, vider une ascite.

A ces techniques *de base* que tous devraient apprendre et connaître, il faut ajouter les procédés particuliers aux différentes spécialités médicales.

Beaucoup doivent entrer dans le patrimoine du médecin complet : examen d'un tympan, d'un fond d'œil ; manipulation de l'anuscope et de la sonde d'Einhorn par exemple.

Les spécialistes restent assez richement pourvus avec l'appareillage qui leur est personnel et l'interprétation qui leur est demandée de leurs propres techniques (images radiologiques, tracés électriques, médullogrammes, etc.).

Il y a donc, en conclusion, plusieurs centaines de *gestes de base* à inculquer au futur médecin. Jusqu'ici le « débrouillage » a régné en maître. Il est insuffisant et souvent nocif.

Un enseignement pratique de la « petite chirurgie » est hautement désirable. Peut-être même en est-il de même pour la « grande ». Mais, nous nous arrêtons au seuil de notre incompétence.

II. — FORMATION SOCIALE ET CULTURELLE.

Perfectionner les méthodes d'apprentissage ne doit pas représenter un enlisement dans la technique.

Il doit y avoir parallèlement un enseignement qui élève l'esprit du futur médecin au-dessus des gestes *immédiats*.

On sourit beaucoup de l'« Histoire de la Médecine », car c'est la pâture de professeurs qui s'y succèdent sans s'y arrêter longtemps.

Mais il y a une histoire et une géographie médicales à méditer par les esprits en éveil d'étudiants à former.

L'histoire des grandes étapes de la médecine est une occasion de s'arrêter sur les grandes figures médicales, de jauger leurs erreurs, d'approfondir leurs exemples.

L'histoire des grandes épidémies contée aux étudiants serait fertile en développements saisissants et frappants pour les esprits jeunes. Il est bon de savoir comment on a lutté pour bâtir une civilisation afin de la mieux défendre.

On en viendrait aux notions d'hygiène en fonction de la géographie humaine. Pays et races exotiques ne seraient pas négligés, aujourd'hui que le monde se rapetisse étrangement. Et l'on ne négligerait pas des notions de pathologie comparée puisque nos recherches chez l'homme empruntent tant à l'animal.

On pourrait aborder chemin faisant le problème des relations de la médecine avec les autres sciences. Et je vois volontiers un chapitre intitulé « Sciences exactes et Médecine » largement développé.

Ce n'est pas tout :

Un médecin informé doit posséder des notions suffisantes sur l'histoire de l'Assistance, le développement des hôpitaux, des mutuelles, des assurances. Il y a en effet sa place à tenir. On devra proposer aux méditations de l'étudiant les problèmes de la médecine devant la famille et la maternité, devant l'avortement et la prostitution, la dénatalité et l'alcoolisme.

Le médecin sera informé des questions touchant l'enfance assistée parce qu'infirme, coupable, délinquante, aliénée ou vagabonde. Il ne doit pas ignorer les problèmes d'orientation, de rééducation, de reclassement sur lesquels des assistantes sociales lui donneraient d'utiles leçons.

Tout n'est pas dit encore :

Le médecin est amené à évoluer dans les mondes les plus divers qu'il déchiffre plus ou moins laborieusement au cours de sa pratique.

S'il n'est fils de médecin, le monde médical lui-même est pays inconnu, les différentes voies à suivre ne lui sont proposées que trop tard. Ne pourrait-on envisager la création d'un cours de sociologie pratique ? Je verrais volontiers des études descriptives et psychologiques du monde ouvrier, du milieu paysan, des mondes bourgeois et commerçant. Les professions libérales seraient également décrites et analysées.

Des notions élémentaires des sciences sociales seraient fort utiles au jeune médecin pour éclairer son choix sur la voie à suivre, pour faciliter ses pas, éviter les premières gaffes dues à l'ignorance des milieux fréquentés et de leur psychologie élémentaire.

Meilleure possession de l'outil, utilisation plus rationnelle de connaissances méthodiquement acquises, meilleure conscience du milieu, tels sont, à mon sens, les résultats à obtenir d'un enseignement rénové.

L'enseignement supposé parfait, renforcé par des exercices pratiques, des stages, des visites d'information, etc., il reste l'homme, l'élève plus ou moins doué, plus ou moins travailleur, plus ou moins consciencieux, qui se connaît mal lui-même.

N'y aurait-il pas intérêt, avant ou après l'A. P. M., de faire passer aux candidats un examen sérieux d'orientation avec épreuves psychotechniques.

Il ne s'agit pas d'en faire une panacée ou un moyen formel de sélection, ce qui seraient absurde.

Mais cela servirait à ouvrir les yeux de beaucoup d'étudiants sur eux-mêmes, sur leurs qualités réelles, sur les voies qui leur seraient spécialement favorables, sur leurs tendances réactionnelles instinctives.

Ainsi pourraient être évitées sans doute de regrettables erreurs d'aiguillage.

Déjà des industriels font passer une telle épreuve aux médecins qu'ils sont désireux d'engager pour leurs firmes.



ECHOS ET COMMENTAIRES

LES JEUX SONT FAITS. — L'ORIENTATION NOUVELLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL. — SUR L'ASSURANCE RISQUES DE GUERRE DANS LES PROFESSIONS MÉDICALES. — POUR LES MÉDECINS PROPRIÉTAIRES DE CLINIQUE. — RÉVISION DU PROGRAMME DE L'EXTERNAT.

Le projet d'assurance proposé par l'Ordre de la Seine à ses assujettis est signé. Il va entrer en vigueur. Les bénéficiaires vont en profiter. Quels seront en réalité les bénéficiaires ? Nous aurions aimé que ce ne soient que des médecins. Des sommes *considérables* sont perçues au moyen du timbre-certificat, moyen discutable. Un projet d'assurances très vague a été soumis au corps médical de la Seine. Très incomplet, il avait entre autres inconvénients de n'assurer que des risques déjà couverts pour bien des confrères par les Caisses et œuvres déjà existantes : œuvre instable puisque basée sur des ressources appelées à s'amoindrir, sinon à disparaître. Il va saper dans l'esprit des confrères des œuvres permanentes ayant fait leurs preuves. Il n'apporte rien d'original en dehors de ses restrictions abusives et parfois insultantes (« fausses couches quelle qu'en soit la cause » (eh... eh... !).

Nous voyons là une manifestation de cet esprit — très bien intentionné au départ — de nombre d'organismes nouveaux à qui on a attribué d'emblée un pouvoir très étendu. Ils s'imaginent que le monde commence à leur création, que rien n'existait de valable auparavant, et en fin de compte se contentent de copier ce qui existait auparavant dans des conditions parfois discutables.



A la suite de certaines démissions dont nous nous étions fait l'écho, on avait pu se demander quelle serait l'orientation nouvelle de la médecine du travail. On se souvient peut-être qu'il nous fut précisé officiellement à cette époque que « la réorganisation en cours n'avait nullement pour objet de donner à la médecine du travail une doctrine différente de celle qui avait prévalu jusqu'alors et qu'elle se proposait de rendre plus efficace l'action de l'inspection médicale en la *spécialisant* dans les problèmes d'hygiène industrielle ».

Quoi qu'on nous ait dit, cette spécialisation nous apparût beaucoup plus comme une limitation, un appauvrissement que comme un véritable progrès. Et nous avions craint de voir la médecine du travail perdre du côté humain ce qu'on prétendait lui faire gagner du côté scientifique ou technique.

La nouvelle organisation, la nouvelle composition du Comité permanent de médecine du travail, telles qu'elles

résultent de l'arrêté du 8 mai 1944 ne sont point de nature à apaiser nos craintes.

L'unité du comité, son efficacité doctrinale et d'action nous paraissent tout d'abord singulièrement compromises par un alourdissement évident : le nombre de ses membres passe en effet de 16 à 26. Et cette augmentation a lieu au bénéfice principalement des membres de droit, c'est-à-dire des administratifs, dont le nombre, de deux à l'origine, s'élève à douze aujourd'hui. Enfin, les autres membres du comité semblent avoir été choisis beaucoup plus d'après leurs boutons de mandarins, scientifiques ou administratifs, qu'en raison d'une connaissance pratique et vécue de la médecine d'entreprise. Nous aurons donc une excellente Académie particulièrement apte à disséquer dans ses infimes détails les plus ardus problèmes d'hygiène industrielle ou d'organisation intérieure ; mais que nous ayons des animateurs nous paraît singulièrement plus douteux !

Un espoir subsiste cependant : l'histoire récente du comité nous prouve qu'en cette matière il faut se garder de confondre permanence et continuité.



Dès le 1er mai dernier nous avons attiré l'attention de nos lecteurs sur l'utilité d'étendre aux risques intéressant la profession médicale la compétence de la Caisse Mutuelle de Sauvegarde Industrielle, Commerciale et Artisanale contre les risques de guerre. Les désastres qui, depuis cette date, se sont accumulés sur le sol français, ont confirmé, s'il en était besoin, l'urgence d'une telle mesure.

Notre suggestion a éveillé quelques échos, notamment à Poitiers, d'où le Dr H. Vincent nous écrit : « Je désire ardemment que cette assurance soit possible, car il est épouvantable de penser que le fruit du travail de toute notre vie peut être détruit en une seconde, nous laissant sans ressources et dans l'impossibilité de rétablir notre situation pour peu que nous soyons un peu âgés. Le plus simple et le mieux de beaucoup serait, je crois, d'obtenir le droit de nous adresser à la Caisse Mutuelle de Sauvegarde Industrielle, Commerciale et Artisanale, mais il faudrait se hâter, car le risque est immédiat ».

Nous suggérons donc au Conseil national de l'Ordre d'entreprendre sans plus tarder les démarches utiles dans ce but.



Plusieurs confrère chirurgiens, surtout des jeunes récemment installés, nous ont demandé s'il leur était possible de porter en déduction des bénéfices provenant de leur exercice chirurgical, le déficit d'exploitation de la maison de santé dont ils sont propriétaires. Nous leur avons répondu par la négative, conformément à une jurisprudence déjà ancienne.

Les résultats de l'exercice de la profession médicale et ceux de l'exploitation d'une clinique relèvent de deux cédules

différentes ayant chacune ses règles propres. Ils ne peuvent, en conséquence, être confondus en un tout.

D'aucuns prétendaient cependant tirer un argument favorable de l'article 100 du Code général des impôts directs ainsi conçu : « Lorsqu'une entreprise industrielle ou commerciale étend son activité à des opérations relevant de la cédule agricole ou de la cédule des professions non commerciales, les résultats de ces opérations, déterminés suivant les règles propres à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, sont compris dans les bases dudit impôt ». Ainsi, disaient-ils, ce qui est admis dans un sens doit l'être en sens inverse lorsqu'un contribuable assujetti à la cédule des professions non commerciales étend son activité à des opérations relevant de la cédule commerciale.

Mais cette argumentation vient d'être formellement rejetée par le Conseil d'Etat dans un arrêt rendu le 20 mars 1944, à l'encontre d'un médecin aliéniste exploitant une maison de santé.

« L'article 100 du Code général des impôts directs — y est-il dit — qui vise l'imposition des contribuables disposant de revenus commerciaux et de revenus non commerciaux, ne permet pas de comprendre dans les bases de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et de déterminer selon les règles propres à ces derniers impôts, les résultats des opérations commerciales qui doivent être compris dans les bases de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux ».

Autrement dit, en vertu de l'article 100, les résultats d'opérations non commerciales et commerciales sont admis à former un tout lorsque les opérations non commerciales constituent une simple extension des opérations commerciales ; mais la réciproque n'est pas vraie.

Or, dans le cas qui nous intéresse, c'est l'opération commerciale qui est le prolongement de l'activité non commerciale... Dont acte.



Un arrêté du Directeur général de l'Assistance Publique de Paris, en date du 16 mai 1944, vient de modifier le programme du concours de l'externat en médecine.

On a la stupéfaction de constater que ces modifications sont vraiment minimes et ne décelent en rien l'esprit nouveau qui devait inspirer les études médicales : quelques chapitres d'anatomie en moins, quelques chapitres de pathologie médicale et chirurgicale en plus : c'est tout.

Et la physiologie pathologique ? et la biologie dont il était convenu qu'elles seraient désormais l'oreiller pour une tête médicale bien faite ? Il n'en est pas question. L'Assistance Publique n'a pas entendu parler de ces réformes essentielles. Elle trace un programme nettement utilitaire et prétend recruter des apprentis artisans. C'est un point de vue.

Mais on aurait cru souhaitable pour le jeune médecin, même dans ses fonctions *hospitalières, d'acquérir* quelques idées générales afin de voir plus clair dans les enchevêtrements de la pratique.

La concentration de l'enseignement de la médecine est décidément nécessaire.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

1404. — L'utilisation du benzol

Je vous serais très obligé de vouloir bien me documenter sur l'utilisation du *benzol* aux véhicules suivants :

1° *Vélomoteur Terrot*. Faut-il augmenter le pourcentage d'huile ?

2° *Simca*-5. Peut-on alimenter avec du benzol ou plutôt mêlé à un peu d'huile ?

Dans quelle proportion ?

D'une façon générale, y a-t-il intérêt à employer le benzol pur ou à le mélanger avec le carburant national ?

Dr F.

Réponse

Vous pouvez employer du benzol aussi bien sur le vélomoteur Terrot que sur votre Simca-5 ; il n'est pas nécessaire pour cela d'augmenter la proportion d'huile.

Le benzol se mélange en toutes proportions avec le carburant auto actuel.

Si la proportion de benzol ne dépasse pas 20 % environ, en volume, il est en général inutile de rien changer au réglage du carburateur. Si la proportion est plus forte, il convient de diminuer les gicleurs et d'alourdir le flotteur : ces deux opérations se font par tâtonnement, en essayant jusqu'au résultat satisfaisant.

Vous pouvez même marcher au benzol pur mais, dans ces conditions, la mise en route est souvent un peu plus difficile. Si vous avez beaucoup de benzol, je crois qu'un mélange des plus satisfaisants serait obtenu en mettant moitié benzol, moitié carburant auto.

Enfin, et si c'est possible, on a intérêt à réchauffer un peu le carburateur quand le carburant contient une forte proportion de benzol.

Henri Petit.

1405. — Comment utiliser le gas-oil

J'ai recours à votre compétence et à votre obligeance envers les abonnés du *Concours médical* pour vous demander s'il est possible d'incorporer du *gas-oil*, mélangé au carburant de ravitaillement, dans le moteur à deux temps d'un *vélomoteur* (Terrot, 3 vitesses) ; en cas de possibilité du mélange, dans quelles proportions (d'après la composition du mélange, évidemment), serait-il indiqué d'ajotuer, de l'*huile ?*

J'aurais actuellement la possibilité de me procurer de temps à autre du gas-oil, et l'économie d'essence serait appréciable, s'il était possible d'en mélanger en certaine proportion.

Dr B.

Réponse

On peut mélanger du gas-oil actuel, c'est-à-dire du gas-oil qui contient déjà une forte proportion d'essence

avec le carburant auto. Le mieux est d'en mettre le moins possible, car ce carburant lourd provoque un encrassement plus rapide des organes du cylindre (en particulier des segments et des culasses).

Il n'y a pas lieu d'ajouter de l'huile, le gas-oil ne contenant que des hydrocarbures déjà plus lourds que ceux qui entrent dans la composition de l'essence, l'adjonction d'huile ne pourrait qu'augmenter ses inconvénients.

Il y aurait peut être lieu de modifier le réglage du carburateur suivant le résultat obtenu au cours de vos essais.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

4828. — Les honoraires des médecins phtisiologues agréés

Pourriez-vous me donner le tarif pour les visites pratiquées comme médecin phtisiologue agréé (anciennement assermenté) : visites demandées par les administrations comprenant un examen radioscopique des poumons.

Dr B.

Réponse

Nous nous excusons d'avoir tant tardé à répondre à votre lettre, mais il a fallu au préalable réunir la documentation nécessaire que nous venons seulement d'obtenir du Ministère de la Santé publique.

Voici les indications que nous avons reçues de lui à ce sujet :

J'ai l'honneur de vous faire connaître que par décret du 29 juin 1931, paru au Journal Officiel du 5 août, il a été alloué aux médecins phtisiologues désignés par une administration pour procéder à la contre-visite des fonctionnaires sollicitant l'octroi ou la prolongation d'un congé de longue durée pour tuberculose, une somme de 50 francs par malade examiné, la contre-visite comportant à la fois un examen clinique et un examen radioscopique.

« Si l'Administration dont relève le malade réclame le dépôt d'un rapport détaillé avec schéma radioscopique, il est alloué une indemnité complémentaire de 50 francs.

« Les médecins phtisiologues chargés de visiter les candidats admis à un emploi administratif de l'Etat reçoivent une somme de 100 francs par vacation d'une heure, chaque vacation comportant au minimum l'examen clinique et radioscopique de quatre candidats.

« Lorsqu'il est impossible de grouper au moins quatre candidats, la rémunération de chaque examen est fixée à 30 francs.

« J'ai demandé à M. le Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Economie Nationale et aux Finances, d'examiner la possibilité de relever ces tarifs ».

532. — Etat actuel de la question des cabinets multiples

1° Est-ce qu'un O. R. L. peut avoir un cabinet secondaire de consultation dans un autre département que le département où il est inscrit au Tableau de l'Ordre ?

2° Est-ce qu'un O. R. L. ayant depuis cinq années

un cabinet secondaire dans un département voisin peut se voir obliger par le Conseil de l'Ordre d'abandonner ce cabinet parce qu'un nouvel O. R. L. s'installe à demeure dans une ville plus proche que la sienne de ce cabinet secondaire.

Dr L.

Réponse

La question des cabinets secondaires est réglée, en principe, par l'article 27, paragraphe 2 du Code de déontologie qui pose le principe de l'interdiction de tels cabinets et prévoit qu'exceptionnellement ils peuvent être créés sur autorisation du Conseil départemental de l'Ordre en tenant compte des circonstances locales.

Mais un arrêt du Conseil d'Etat en date du 2 avril 1943 a décidé d'une manière formelle que les dispositions de l'article 27, paragraphe 2 du Code de déontologie qui ont pour objet de déterminer l'une des règles générales applicables à la répartition géographique des cabinets médicaux excèdent les limites des pouvoirs conférés au Conseil supérieur de l'Ordre par l'article 41 de la loi du 27 octobre 1940.

En conséquence la décision d'un Conseil départemental qui ordonne la fermeture d'un cabinet secondaire en se fondant exclusivement sur ledit texte et les instructions émises pour son application, sans examiner par ailleurs si la situation particulière du cabinet n'était pas de nature à justifier son maintien, manque totalement de base légale et doit être annulée.

De cette jurisprudence, les conclusions suivantes doivent être tirées :

1° L'interdiction de principe posée par le Code de déontologie doit être tenue pour nulle et non avenue. En conséquence, un oto-rhino-laryngologiste peut ouvrir un cabinet secondaire de consultation dans un autre département que celui où il est inscrit au Tableau de l'Ordre. Il n'a pour ce faire, aucune autorisation à demander à qui que ce soit.

2° Si le fait par l'Ordre des médecins de poser ainsi un principe d'interdiction générale constitue un excès de pouvoir, il est, par contre, possible et licite que les Conseils des Collèges départementaux interviennent dans la question de la répartition géographique des cabinets médicaux.

En effet, ainsi que le Conseil d'Etat l'a reconnu dans l'arrêt précité, les Conseils départementaux et nationaux de l'Ordre doivent être considérés comme des organismes privés chargés de concourir à un service public : celui d'organiser et de discipliner la profession médicale. Dans l'exercice de cette fonction, il leur appartient de prendre des décisions d'ordre administratif, ayant pour but l'intérêt général de la santé publique. En particulier, ils peuvent traiter ainsi de la question des cabinets secondaires mais leur décision ne sera valable qu'autant qu'elle s'inspirera de cet intérêt et n'aura point pour unique but de défendre des intérêts professionnels et de supprimer la concurrence.

Si donc, en fait, le cabinet que vous comptez ouvrir

répond effectivement aux besoins des malades, vous ne devez pas craindre qu'une interdiction puisse être portée contre vous par le Conseil du Collège départemental ; même si cette décision intervenait, elle pourrait être attaquée pour excès de pouvoir devant les tribunaux.

Il ne nous est pas possible de vous dire si, en fait, ces conditions se trouvent réalisées car l'appréciation de considérations de cette nature ne peut appartenir qu'à un organisme local ou à vous-même.

P. S. — De toute manière, il y a lieu de soigneusement distinguer deux questions très différentes : le droit d'installation et le droit d'exercice. Nous venons d'étudier le droit d'installation, c'est-à-dire le droit que vous pouvez avoir de créer un cabinet secondaire. Il est certain par contre que le droit d'exercice lui, ne peut être limité et que vous possédez une compétence générale d'exercice de votre art dans toute la France du moment que vous êtes inscrit à n'importe lequel des Tableaux de l'Ordre national ; en particulier, il vous est loisible de soigner vos malades à domicile ou dans des établissements de soins. La question du cabinet secondaire ne se posera pas. Elle ne commencera à devoir être envisagée qu'à partir du moment où vous créérez une installation propre et où vous y recevrez et soignerez vos clients.



DEMANDES ET OFFRES

N° 140. — Dem. à achet. dictionn. grec-français A. Bailly de préfér. F. offre Prévoyance Médicale, 30, rue de Londres, Paris (9e).

N° 141. — A v. pied porte-amp. de Gaiffe.

N° 142. — A v. table d'exam. pliante, tabour. à siège mobile, escab., table étagère, lavabo roul. 1 baril, pinces à forcip., à griff., à disséq., trocart, ciseaux dr, et courb., trousse Michel, aigu, sutur., sondes Doléris, cur. utérin. bistour.

N° 143. — Médec. actif cherche poste mais. de santé, rempl. de préfér. rég. parisienne. Ecr. journ. qui transm.

N° 144. — A v. appar. d'Emanothérapie Sadera, émanation de Radon et Thoron. Dr Dariaux, 9 *bis*, boul. Rochechouart, Paris (9e).

N° 145. — S.-et-L.. Méd. cherche pers. de 35 à 40 a., capable de s'occuper direct. maison et soins à 2 enf. Dr Hesry, à Buxy (S.-et-L.).

N° 146. — Méd. 28 a., 2 enf., réf. tuberc. oss. cherche poste assist. sana oss. ou pulmon. Femme inf. dipl. d'Etat Ecr. journ. qui transm.

N° 147. — Dr Grenier à Villebois-Lavalette (Charente) échanger. envel. vélo-moteur 600 × 60 neuve, 1re qualité. contre 600 × 65 ou la vendr.

N° 148. — Dame secrét. médic. désire situat. dans clinique. Mme Parrot, 13, faub. de Lyon à Belfort.

N° 149. — Médec. franç. 36 a. cherche à remplac. ou assist. confr. Ecrire à Eric chez Iris, 32, rue Saint-Augustin, Paris (8e).

N° 150. — J. femme 36 a. au cour. secrét. médic. cherche empl. 1/2 journ. ou journ. ent. près profess. ou médec. accouch. gynécol. Ecrire Cabée, 1, rue Eugène-Blot à Vincennes.

N° 151. — A vendre U. V. et O. C. état nf. beau matér, chirurg. et instrum, Poupinel, bistour. électr. M. Schambacher, 18 *bis*, rue de Vincennes, à Montreuil-sous-Bois (Seine).

Gérant : J. Mignon G. Blanchong & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040 — Dépôt légal : N° 1 — 3e trimestre 44
N° d'autorisation : 77 N° au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE Nos 29 à 31 15 JUILLET 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

PARTIE PROFESSIONNELLE

DEMI-COLONNES

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Tiffeneau, Aubertin et Chiray, admis à la retraite à compter du 1er octobre 1944.

M. Vignes, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à titre permanent, est nommé professeur titulaire, à titre personnel, à la Faculté de Paris, à compter du 1er janvier 1944 (emploi créé).

Le Conseil de la Faculté a proposé, pour la chaire de technique chirurgicale (création), en première ligne : M. Moulonguet ; en seconde ligne : M. Wilmoth.

Faculté de médecine de Lyon.

M. Delore, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, en remplacement de M. Gaté, transféré.

M. Pigeaud, agrégé d'obstétrique, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique obstétricale (M. Rhenter, décédé).

M. Paupert-Ravault, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de pathologie interne (M. Cordier, décédé).

Par arrêté du 22 juin 1944, M. Josserand, agrégé de médecine près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er mars 1944, professeur de médecine expérimentale et bactériologie à la même faculté, en remplacement de M. Arloing, retraité.

Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Derville, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er avril 1944, professeur de médecine légale à la même Faculté, en remplacement de M. Lande, retraité.

Ecole de médecine d'Angers.

M. Metzger, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, professeur d'anatomie descriptive à cette même Ecole, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 15 août 1944.

Hôpitaux de Paris.

MM. Laplane, Brocard et Debray ont été nommés médecins des hôpitaux de Paris, à la suite du premier concours de 1944.

M. Thoyer-Rozat est nommé assistant d'obstétrique des hôpitaux de Paris.

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux. Deuxième épreuve d'admission. Liste de MM. les membres du jury par ordre de tirage au sort : MM. les Drs Clément Launay, Garcin, Monier-Vinard, L. Ramond, Aubertin, P. Bourgeois, Villaret, Decourt, Tinel, Lechelle, Lambling, R. Bénard.

Hôpitaux de Nancy.

M. Pierre Bertrand a été nommé chirurgien des hôpitaux de Nancy à la suite du concours de mai 1944.

Hôpitaux de Dijon.

Le concours annoncé pour un poste d'*oto-rhino-laryngologiste* adjoint de l'hôpital général de Dijon aura lieu le 6 novembre 1944, à Lyon.

Hôpital de Bar-le-Duc.

Concours d'ophtalmologiste. — Un concours sur titres pour le poste d'ophtalmologiste de l'hôpital de Bar-le-

Duc aura lieu à partir du 15 septembre 1944. Les candidats devront déposer à la Direction générale de la Santé et de l'Assistance, avant le 1er septembre, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 août 1943.

Académie Duchenne de Boulogne.

Le prix annuel de dix mille francs, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le 1er janvier 1945.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, avant le 1er décembre 1944.

Hommage au Pr C. Levaditi.

A l'occasion de la commémoration du 25e Anniversaire, en mai 1945, de la découverte de la bismuthothérapie, les amis et les collaborateurs du Pr C. Levaditi ont projeté de lui offrir une médaille en hommage de son activité scientifique et de sa contribution à la cure de la syphilis. L'exécution de cette médaille a été confiée au graveur Lavrillier. Toute souscription de 200 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille en bronze. Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) (Compte C. P. 599 Paris).

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Fabienne Barbier, deuxième enfant du Dr Barbier, d'Annemasse ; de Françoise Nahon, fille du Dr André Nahon, de Paris ; de Martine Dominique Marcelle, troisième fille du Dr René Marcelle, d'Anizy-le-Château (Aisne) ; de Martine Gotteland, fille du Dr Gotteland, de Neuilly-en-Thelle (Oise) ; de Pierre Grangé, cinquième enfant du Dr Louis Grangé, de Pau (Basses-Pyrénées) et petit-fils du Dr Etienne Ginestous, de Bordeaux ; de Gwenaëlle Lohéac, huitième enfant du Dr Paul Lohéac, de Gourin (Morbihan) ; de Daniel Bineau, second fils du Dr Roger Bineau, de Fontenay-aux-Roses (Seine) ; d'Anne Lacombe, fille du Dr Roger Lacombe, d'Issoudun ; de Pierre Morel, fils du Dr André Morel et petit-fils du Dr Jules Morel, de Romans (Drôme) ; de Vincent Barraud, fils du Dr A. Barraud, de Compiègne ; de Christian Grimmouprez, fils du Dr Grimmouprez, de Loos (Nord).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Charles Ferry, de Paris ; du Dr Edmond Quénée, chirurgien honoraire de l'hôpital de Béthune, père du Dr André Quénée ; du Dr Léon Gaudier, de Paris, médecin honoraire de la S.N.C.F. ; du Dr Duchamp, de Ham (Somme).

Le Dr Henri Georgel, d'Aix-en-Othe (Aube), fait part du décès de sa mère, Mme Georgel Léa.

On annonce la mort, au cours de bombardements aériens : du Pr Rochaix, Directeur de l'Institut bactériologique de Lyon, et du Dr Simon, son assistant ; du Dr Max Bouniol, ophtalmologiste des hôpitaux de Nîmes ; du Dr Jean Etienne, interne des hôpitaux de Nîmes, fils du Pr Edmond Etienne, de Montpellier ; du Dr Jacques Dehorde, interne des hôpitaux de Nîmes ; de M. Georges Perazzo, interne suppléant des hôpitaux de Nîmes ; de Mlle Jeanne-Marie Pélissier, étudiante en médecine, fille du Dr André Pélissier, de Nîmes.

Le Dr Robert Denis, de Sainte-Menehould, fait part du décès de sa femme, Mme Robert Denis.

Le Concours Médical

Fondé en 1879 par A. Cézilly.

DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.

RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).

Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.

Chèques postaux, Paris 167.95.

ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration du 3 juillet 1944

Présents : MM. Noir, président ; H. Mignon et Vimont, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Bayard.

Excusé : M. O'Followell.

La séance est ouverte à 15 heures.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté à l'unanimité.

Les admissions provisoires prononcées en avril dernier n'ayant donné lieu à aucune protestation sont déclarées définitives.

Après examen des dossiers, les candidatures suivantes sont admises à titre provisoire :

MM. Bastien (Rhône), Cablanc (Belfort), Joinaux (Loire), Lefournier (Sarthe), Mimet (Seine), Nicolas (Seine), Mme Bastien (Rhône).

La séance du Conseil d'administration est close à 15 h. 45.

Assemblée générale du 3 juillet 1944

Après ouverture de l'Assemblée générale, la parole est donnée au secrétaire général et au trésorier pour commenter leurs rapports publiés par encartage dans le numéro du *Concours Médical* du 15 mai. Ces rapports sont adoptés.

Lecture est donnée des rapports du commissaire aux comptes, lesquels sont adoptés.

Le secrétaire général expose à l'Assemblée les modalités d'une combinaison nouvelle : M.A. 300, destinée à mettre les indemnités maladie-accident au taux du coût de la vie. Une note rédigée par M. Collomb, actuaire, conclut à la possibilité d'ouvrir cette combinaison.

Il en est ainsi décidé par l'Assemblée qui vote en outre la fermeture des combinaisons inférieures : M.A. 20, M.A. 50 et M.A. 75.

M. J. Mignon, trésorier adjoint, expose le projet d'une section nouvelle destinée à couvrir le risque de longue maladie. L'étude actuarielle y est favorable. Il ne s'agit pour l'Assemblée que d'émettre un avis de principe de façon à permettre la rédaction des modifications statutaires nécessitées par cette création.

M. J. Mignon décrit l'aspect nouveau que prendrait cette section fonctionnant en assurance-groupe. Des pourparlers sont en cours avec d'autres organisations médicales et permettront, s'ils aboutissent, une intéressante extension des œuvres de prévoyance médicale.

Il sera répondu ainsi à un désir du corps médical inspiré des conjonctures actuelles et qui s'est exprimé en diverses régions depuis quelques mois.

Après échange de vues, l'Assemblée générale donne son accord de principe à cette création.

L'Assemblée est close à 17 heures.

Le Secrétaire général :
G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

Application des circulaires des 22 novembre 1940, 1er février et 18 décembre 1941 concernant le fonctionnement du service de solidarité.

Le secrétaire d'Etat au Travail à M. le Directeur du Service régional des Assurances sociales de Paris :

Pour répondre à plusieurs demandes qui m'ont été adressées par les organismes d'Assurances sociales, j'ai l'honneur de vous préciser qu'en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie à servir, au delà de six mois, aux enfants âgés de plus de 16 ans des assurés bénéficiaires du Service de solidarité et aux ascendants à la charge de ces derniers, il ne doit pas être fait application exclusive des dispositions de l'article 6, paragraphe 16, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, mais également de celles de l'article 34, paragraphe 2 *b*.

En conséquence, devront être alloués auxdits bénéficiaires tous les avantages en nature de l'assurance maladie, y compris les soins à l'hopital et dans les établissements de toute nature. 20 novembre 1942.

BIBLIOGRAPHIE

Editions Flammarion, Paris

LES SECRETS DU RÊVE, par Luc Durtain

En réaction contre la doctrine de Freud qui fit du rêve une pollution nocturne aux incroyables détours, notre confrère Luc Durtain professe qu'il y faut voir tout autre chose et de valeur psychologique beaucoup plus générale. Sa brillante plume de voyageur, laissée vacante par la morne sédentarité où nous sommes réduits, retrace un périple d'imagination dont les escales sont les rêves qu'il fit depuis son enfance jusqu'à ces derniers temps. Il en propose une interprétation et démontre sans peine que là où les Freudistes chercheraient laborieusement des symboles plus ou moins chantournés et par principe obscènes, les préoccupations du moment ou des souvenirs resurgis de plus ou moins loin forment la trame sur laquelle le rêve brode en artiste plein d'originalité.

Il n'est pas interdit de supposer que la qualité créatrice du rêve dénonce d'assez près le fonds spirituel du rêveur : les arabesques dessinées par l'inconscient de Luc Durtain ne sont pas celles de tout le monde.

G. L.

***

Editions Berger-Levrault, 5, rue Auguste-Comte, Paris

MÉMENTO DES MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Cet opuscule, publié par l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, s'adresse spécialement aux médecins-conseils des Assurances sociales. Les médecins d'entreprise et les praticiens y trouveront aussi de profitables informations.

Préfacé par le Pr Jacques Parisot, président du Comité technique de l'Institut national d'action sanitaire, et établi par un comité de rédaction où voisinent les noms les plus justement réputés de la médecine du travail, il ne vise qu'à être un guide et invite les médecins qui s'en serviront à collaborer aux recherches destinées à asseoir la connaissance des maladies professionnelles.

« En présence d'un malade, le médecin a plusieurs procédés pour remonter à la cause professionnelle possible :

a) Par la connaissance de la maladie, il se reportera au tableau nosologique classé appareil par appareil ;

b) Par la connaissance du produit toxique employé, il se reportera à la nomenclature des toxiques classés par ordre alphabétique ;

c) Par la connaissance du métier exercé par le malade, il se reportera à la table des métiers classés par ordre alphabétique et y trouvera la liste des toxiques habituellement employés dans la profession. »

***

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e)

QUESTIONS GYNÉCOLOGIQUES D'ACTUALITÉ

Tome III. Fasc. I. Un vol. 100 p. Prix : 50 francs

Le fascicule I du tome III des *Questions gynécologiques* contient les travaux des Journées Gynécologiques de Paris 1943.

Parmi la documentation contenue dans ce fascicule, nous relevons notamment les travaux de MM. Mocquot et Palmer, Bourg et Legrand (de Bruxelles), Guy Laroche, Cl. Béclère et H. Simonnet, Paucot, J.-E. Marcel, Douay, Turpault, etc.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une somme de documents intéressants sur des questions de diagnostic et de thérapeutique gynécologique d'actualité qui lui seront particulièrement utiles.

A TRAVERS L'OFFICIEL

AUXILIAIRES MEDICAUX

Loi du 9 mai 1944 relative à l'enseignement de la puériculture.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé :

1° Un diplôme de monitrice de puériculture destiné à des candidates déjà pourvues d'un diplôme d'infirmière hospitalière, d'assistante sociale, de monitrice d'enseignement ménager familial ou du diplôme de sage-femme délivré en application de la loi du 5 août 1916 ;

2° Un certificat d'auxiliaire de puériculture.

Le diplôme et le certificat visés ci-dessus sont délivrés par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

ART. 2. — Les candidates au diplôme de monitrice et au certificat d'auxiliaire doivent accomplir leur scolarité dans une école de puériculture autorisée par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et soumise à son contrôle.

L'autorisation conférée aux écoles est, à tout moment, révocable.

ART. 3. — Un conseil de perfectionnement des écoles de puériculture est constitué pour la surveillance desdites écoles. Il donne également son avis sur toutes les questions concernant l'enseignement de la puériculture qui peuvent lui être soumises par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

ART. 4. — La direction et l'inspection technique des crèches, des pouponnières ou de tous autres établissements ou services publics ou privés affectés à la première enfance, réserve faite des emplois occupés par des docteurs en médecine, doivent être confiées, par priorité, aux titulaires du diplôme de puériculture visés à l'article premier (§ 1er) de la présente loi.

ART. 5. — Les modalités d'application de la présente loi ainsi que les mesures transitoires nécessaires seront fixées par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, notamment en ce qui concerne :

1° La délivrance du diplôme et du certificat institués par l'article 1er ci-dessus ;

2° Les conditions d'autorisation des écoles de puériculture visées à l'article 2 ;

3° La composition et le fonctionnement du conseil de perfectionnement prévu à l'article 3 ainsi que les programmes d'enseignement théorique et pratique examinés préalablement par ledit conseil ;

4° Les conditions dans lesquelles devra s'exercer le droit de priorité créé par l'article 4.

(*J.O.*, 15 juin.)

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Décret du 10 juin 1944 modifiant le décret du 16 mars 1943 sur l'enseignement préparatoire aux études médicales.

ARTICLE PREMIER. — L'article 5 (3e paragraphe) du décret du 16 mars 1943 susvisé est modifié comme suit :

« Les épreuves écrites, qui seront anonymes, auront lieu simultanément devant toutes les facultés de l'école de plein exercice de médecine de Nantes, au jour fixé par le ministre, qui en arrête les sujets. »

ART. 2. — L'article 6 du décret du 16 mars 1943 susvisé, modifié par le décret du 29 avril 1944, est modifié comme suit :

« Dans chaque faculté de médecine le jury est composé de trois professeurs ou agrégés de cette même faculté de médecine et de deux professeurs ou maîtres de conférences de la faculté des sciences appartenant à la même université que ladite faculté de médecine ou à une université différente.

« Le jury de l'école de plein exercice de médecine de Nantes est composé d'un professeur de la faculté de

médecine de l'université de Paris, de deux professeurs ou professeurs suppléants de l'école et de deux professeurs ou maîtres de conférences de la faculté des sciences de l'université de Rennes.

« Le président du jury doit être professeur de faculté de médecine.

« Quand le nombre des candidats l'exigera, le jury pourra comprendre des membres supplémentaires par décision du recteur prise sur la proposition du doyen ou du directeur de l'école de Nantes. Ces membres supplémentaires pourront être choisis parmi les chefs de travaux pratiques et, à défaut, parmi les assistants titulaires de faculté de médecine. »

(Le reste sans changement.) (*J.O.*, 21 juin).

***

Décret du 10 juin 1944 portant dérogation à l'article 1er du décret du 23 octobre 1943 sur l'enseignement préparatoire aux études médicales.

Article premier. — Par dérogation aux dispositions de l'article 1er du décret du 23 octobre 1943 susvisé, les candidats ayant suivi l'enseignement préparatoire aux études médicales à l'école préparatoire de médecine d'Angers et à l'école de plein exercice de Tours subiront en 1944 l'examen devant un jury de la faculté de médecine de l'université de Bordeaux. (*J.O.* 21 juin.)

***

Décret du 10 juin 1944 portant dérogation à l'article 28 du décret du 6 mars 1934 sur la réorganisation des études médicales.

Article premier. — Par dérogation aux dispositions de l'article 28 du décret du 6 mars 1934 susvisé, l'examen de l'article 28 du décret du 6 mars 1934 susvisé, l'examen correspondant à la troisième année de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles préparatoires de médecine devant un jury délégué par la faculté ou l'école de plein exercice de rattachement et présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article 28 du décret du 6 mars 1934 susvisé, l'examen correspondant à la cinquième année de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles de plein exercice de médecine devant un jury délégué par la faculté de rattachement. (*J.O.*, 21 juin.)

***

Diplôme d'Etat de sage-femme.

Par arrêté du 14 juin 1944, les programmes d'enseignement théorique et pratique et l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme sont fixés conformément aux textes annexés.

N. B. — Les intéressées pourront prendre connaissance du programme au ministère de la Santé et de la Famille, 7, rue de Tilsitt, à Paris, et Hôtel Radio, à Vichy. (*J.O.*, 27 juin.)

LOYERS

Loi du 10 juin 1944 prorogeant les lois des 1er avril 1926 et 1er février 1944 relatives aux locaux d'habitation ou à usage professionnel.

Article premier. — Les dispositions de la loi du 1er avril 1926, modifiée par les lois des 29 juin 1929, 31 décembre 1937, 24 juin 1941, 30 mai 1943, ainsi que la loi du 1er février 1944 relatives aux locaux d'habitation ou à usage professionnel, sont prorogées jusqu'au 1er juillet 1945. (*J.O.*, 28 juin.)

ORDRE DES MÉDECINS

Conseils régionaux.

Par arrêté du 31 mai 1944, les conseils régionaux de l'ordre des médecins sont modifiés ainsi qu'il suit :

Région de Limoges

Président : M. le Dr Raymond, professeur à l'école de médecine de Limoges, en remplacement de M. le Dr Filhoulaud. (*J.O.* 14 juin.)

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉTHODE DE DÉPISTAGE DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE DANS LES COLLECTIVITÉS SOCIALES

Par le docteur Abel LAFITTE
Médecin des Hôpitaux de Paris

Les plus fréquentes en pratique, les formes latentes, inapparentes de la primo-infection tuberculeuse sont aussi les plus difficiles à dépister. Dans les formes cliniquement extériorisées il s'agit de malades, attirant plus ou moins l'attention par des symptômes divers : typho-bacillose, érythème noueux, déficience de l'état général, sans parler d'autres troubles, sur lesquels ont bien insisté les travaux récents, en particulier ceux de Troisier, Bariéty et Nico, ainsi que ceux de Courcoux et Alibert. Par contre, dans les formes latentes de la primo-infection, les jeunes sujets gardent les apparences, sinon la réalité, de la bonne santé. L'apprenti poursuit normalement son travail à l'atelier. L'écolier continue à fréquenter la classe. Bref, de tels sujets ne se plaignent d'aucun trouble, et rien ne les incite à consulter un médecin. De sorte que, pour dépister chez eux la primo-infection latente, il faut délibérément aller au devant d'elle, à l'aide d'une méthode rigoureuse que nous exposerons ultérieurement.

On se rend compte alors que la primo-infection latente peut s'exprimer de trois façons :

— Ou bien d'une façon très favorable : sans aucun trouble de l'état général, sans aucune lésion pulmonaire radiologique. Seul, le virage de la cuti-réaction affirme, en pareil cas, la réalité de la primo-infection ;

— Ou bien avec des troubles très discrets de l'état général, mais sans aucune anomalie radiologique pulmonaire. Ces légers troubles de l'état général passent inaperçus, en l'absence d'une rigoureuse méthode de surveillance ;

— Ou bien avec à la fois des troubles discrets de l'état général et des lésions pulmonaires radiologiques.

Pendant deux ans, dans une usine métallurgique de la région parisienne, à l'esprit médico-social de laquelle il nous plaît de rendre hommage, nous avons pu suivre, de très près, un petit groupe d'apprentis, et mettre au point une méthode rigoureuse de dépistage de la primo-infection latente. Nous allons successivement exposer : la technique de ce dépistage, l'importance de ce dépistage, et la conduite à tenir devant une primo-infection latente, une fois dépistée.

A. Technique du dépistage de la primo-infection latente

Notre méthode de dépistage est essentiellement médico-sociale, car elle exige le concours du médecin, de l'infirmière ou de l'assistante sociale et des chefs d'écoles. Elle repose sur l'association de quatre éléments :

1° Le poids mensuel ;
2° Le classement professionnel mensuel ;
3° La cuti-réaction trimestrielle ;
4° La radio pulmonaire trimestrielle.

I. Poids mensuel. — L'étude du poids mensuel revêt une grande importance séméiologique chez les sujets jeunes. Dans ces organismes en pleine croissance, le poids doit monter régulièrement, reflétant ainsi de très près l'état physique du sujet. Si à cet âge le poids est stationnaire ou diminue, c'est pour une cause évidemment fort variable, sérieuse ou futile, mais qu'il appartient au médecin d'élucider. Il importe d'enregistrer le poids mensuel dans des conditions rigoureuses : à date fixe, sur la même balance, à jeun et le corps nu. On inscrit ainsi, sur un tableau d'ensemble, chaque mois, le poids de l'enfant ou adolescent *dans une même école, dans un* même atelier, dans une même collectivité de sujets jeunes. Il est bon de souligner, chaque mois, les poids en diminution et les poids stationnaires, de façon que le maître d'école puisse surveiller avec fruit le comportement des sujets qui ont maigri. Ce tableau d'ensemble du poids mensuel doit figurer, à la fois, dans la classe ou l'atelier du maître et dans le bureau du médecin. Le poids mensuel pourra être enregistré, selon les cas, soit par l'infirmière, soit par l'assistante sociale, soit par le maître d'école ou d'atelier.

En pratique, l'étude systématique du poids mensuel permet d'observer quatre types de poids :

1° Poids régulièrement ascendant. — C'est le cas du sujet normal qui chaque mois augmente régulièrement de poids. Il faut savoir que, même en pareil cas, la primo-infection tuberculeuse latente peut se produire, ainsi que le démontrent les cuti-réactions périodiques.

2° Poids stationnaire. — Dans ce cas, le jeune sujet garde le même poids pendant plusieurs mois. Il s'agit, assez souvent, alors, de chétifs ou d'infantiles.

3° Poids irrégulier. — Tel sujet augmente de poids pendant un mois ou deux et maigrit ensuite, pour remonter à nouveau ultérieurement. Souvent, ces irrégularités pondérales ressortissent à une fatigue passagère, à des troubles digestifs à des restrictions alimentaires, etc. Cependant il est bon d'établir une surveillance étroite de ces cas.

3° Poids régulièrement descendant. — Ce type de poids offre une importance séméiologique de premier ordre, dans le dépistage de la primo-infection latente. Il s'agit de jeunes sujets qui, depuis deux à trois mois perdent chaque mois un poids variable : 300 gr., 500 gr. ou davantage, et qui, pourtant, ne se plaignent d'aucun trouble. Ce qui est surtout à noter, c'est la régularité mensuelle de la perte du poids, même si cette dernière

n'est pas très accusée. Une telle constation doit faire pratiquer aussitôt une cuti-réaction et une radio pulmonaire.

C'est ainsi que nous avons pu dépister, à la même époque, chez deux apprentis de notre petit groupe, une primo-infection latente uniquement grâce à une diminution toute récente et régulière du poids mensuel.

Observation I. — Apprenti Dum..., 17 ans.
En octobre 1941, garçon solide sportif. Taille 1 m. 65. Poids 56 kg. T.A. 12-7. Cuti négative.
En novembre poids, 56 kg.
En décembre, poids 56 kg. 800.
Mais en janvier 1942 poids **56 kg. 500.**
En février 1942, poids **55 kg.**
Une cuti aussitôt refaite se montre positive. Radio pulmonaire normale.

Observation II. — Apprenti Denj..., 18 ans.
En octobre 1941 : excellent état, taille 1 m. 71. Poids 60 kg. T. A.14-7. Cuti négative.
En novembre, poids 60 kg.
En décembre, poids 62 kg.
En janvier 1942, poids 62 kg.
En janvier 1942, poids 62 kg. 500.
Mais en février 1942, poids **61 kg. 500.**
La cuti refaite aussitôt se montre fortement positive. Radio pulmonaire normale.

Ainsi, chez deux jeunes gens de 17 à 18 ans ne se plaignant de rien, la diminution récente et régulière du poids mensuel a permis la découverte précoce d'une primo-infection latente.

II. Le Classement professionnel mensuel. — Dans certains cas, la primo-infection latente se traduit par une baisse de la valeur professionnelle de l'enfant ou adolescent et met en lumière le rôle que peut jouer la psychologie du maître dans son dépistage.

Tel sujet, donnant jusque là à ses maîtres entière satisfaction, les frappe par la médiocrité inaccoutumée de son travail professionnel. Les notes sont moins brillantes, le rang devient mauvais. L'enfant est mou, apathique, on croit parfois à de la paresse. Il faut savoir que de telles anomalies récentes du comportement peuvent dépendre d'une primo-infection latente ou méconnue, comme le cas s'est produit remarquablement avec l'observation suivante :

Observation III. — L'apprenti Lep..., âgé de 16 ans frappe ses maîtres en avril 1941 par sa nonchalance, son apathie. Ses notes deviennent médiocres. Il est " mou, sans réactions " nous disent ses maîtres, qui nous demandent de l'examiner.
C'est un jeune homme assez bien constitué, au teint normal, ne paraissant pas amaigri. Il se plaint surtout de vertiges. Examen clinique négatif ; T.A. 12-7. La radiographie pulmonaire nous révèle une image typique de complexe primaire et la cuti est fortement positive. Tout s'éclaire, et nous apprenons que six mois auparavant, en septembre 1940, ce jeune apprenti a présenté une température élevée de 39°, 40° pendant trois semaines et dont la nature ne fut pas élucidée. Et c'est depuis cette date qu'il présente ces troubles du comportement

Par conséquent, le comportement professionnel, le rang, les notes peuvent parfois permettre le dépistage d'une primo infection, jusque-là méconnue.

III. La Cuti-réaction trimestrielle. — Mais en réalité, le meilleur moyen de dépister précocement la primo-infection latente, c'est de pratiquer des cuti-réactions périodiques, trimestrielles, même chez les sujets bien portants, jusqu'à l'obtention du virage de la cuti-réaction, La cuti-réaction méritera d'être refaite plus tôt, si l'on constate soit un amaigrissement inexpliqué, soit une baisse de la valeur professionnelle. Tout virage de cuti-réaction impose une radiographie pulmonaire immédiate.

Dans de nombreux cas, le virage de la cuti-réaction s'opère isolément, chez un sujet parfaitement bien portant, sans aucun trouble de l'état général, sans aucune manifestation radiologique. Mais dans certains cas, le virage de la cuti s'effectue d'une façon plus troublante, chez des sujets qui, bien que n'accusant aucun malaise, présentent pourtant des lésions pulmonaires radiologiques d'une certaine importance, comme on peut le noter dans l'observation suivante :

Observation IV. — L'apprenti Rou..., 17 ans, est en excellente santé d'avril 1941 à octobre 1942. Six cutis négatives et trois radios thoraciques normales. En octobre 1942, il vient docilement se prêter à l'épreuve de la cuti trimestrielle avec le groupe de huit camarades à cuti encore négative. Or, cette fois, la cuti devient positive. Et à notre grande surprise, la radiographie pulmonaire révèle un important infiltrat de la région sous-claviculaire droite. Or, ce jeune homme, interrogé sur sa santé, ne se plaignait de rien. Il poursuivait normalement sa vie professionnelle. Sa tension était normale : 14-8. Il n'avait pas maigri. Tout au plus éprouvait-il une très légère fatigue depuis seulement une semaine. On devine quel temps précieux aurait été perdu, si, pour dépister cette primo-infection, il avait fallu attendre la consultation spontanée de ce sujet. Revu six mois après une cure de repos, il était transformé.

— On peut regretter, à juste titre, que la cuti-réaction périodique ne soit pas encore devenue obligatoire dans les écoles, les ateliers, les groupements de jeunesse. On préviendrait ainsi nombre de complications tuberculeuses au décours d'une primo-infection méconnue ou trop tardivement reconnue.

IV. La Radio pulmonaire trimestrielle. — Enfin, le quatrième élément du dépistage de la primo-infection latente est assuré par la radio pulmonaire trimestrielle, satellite indispensable de la cuti trimestrielle, même si cette dernière demeure négative. On sait que certaines primo-infections latentes ne se révèlent tout d'abord qu'à la radio. Nous n'insisterons pas ici sur les aspects radiologiques du complexe primaire, désormais bien connus et précisés en outre par les travaux de R. Debré, M. Lelong et M. Mignon.

Nous ne reprendrons pas non plus l'étude des valeurs respectives de la radiographie, de la radioscopie et de la radiophotographie pulmonaires, étude que nous avons antérieurement esquissée, en collaboration avec Gilson, A. Gros et R. Lamy. La radiophotographie pulmonaire, pleine de promesses, semble devoir être, dans un avenir meilleur, la méthode de dépistage par excellence, dans les collectivités sociales.

Tels sont les quatre éléments fondamentaux du dépistage de la primo-infection latente. On peut les inscrire sur un petit tableau très simple, concernant chaque sujet jeune et dont voici un aperçu schématique :

— Sur une ligne horizontale, tout en haut du tableau : les mois de l'année.

— En ordonnée : le poids mensuel, et parallèlement à lui, le classement professionnel mensuel.

— En abcisse : la cuti et la radio trimestrielles, auxquelles on pourrait ajouter des éléments d'étude semestrielle : taille, périmètre thoracique, spiromètre.

Dans notre petit groupe d'apprentis, au départ, sur 34 apprentis de 14 à 18 ans, nous avions 20 cutis négatives et 14 cutis positives. Sur les 10 cutis négatives, nous avons dépisté, par cette méthode 7 primo-infections latentes en deux ans. Sur ces 7 primo-infections latentes, nous en avons dépisté 4 par la cuti-trimestrielle, 2 par le poids mensuel et une par la baisse de l'activité professionnelle.

Dans aucun de ces 7 cas, les jeunes apprentis ne sont pas venus d'eux-mêmes consulter le médecin, car ils ne se plaignaietn d'aucun trouble.

Si cette méthode de dépistage se généralisait dans les écoles, dans les ateliers d'apprentissage, dans les collectivités sociales des sujets jeunes, jusqu'à la trentaine environ, on ouvrirait un important chapitre de la médecine préventive, puisque la primo-infection représente le stade le plus curable de la tuberculose. La médecine du travail peut jouer, dans ce domaine, un rôle très précieux.

B. Importance du dépistage de la primo-infection latente

Il est aisé de deviner l'importance capitale d'un tel dépistage.

Comme dans toute primo-infection, le dépistage permet de découvrir, dans un certain nombre de cas, la source de contamination, soit familiale, soit professionnelle. Une fois connue la source de contamination, on peut prendre toutes dispositions utiles pour éloigner aussitôt le primo-infecté de la source de contage. Résultat considérable, si l'on se souvient que l'aggravation d'une primo-infection est très souvent occasionnée par la persistance du contage.

D'autre part, fait non moins précieux, le dépistage de la primo-infection permet la surveillance étroite du primo-infecté. Bien que dans la majorité des cas le pronostic de la primo-infection latente se montre favorable, il peut être, néanmoins, entâché quelquefois de graves complications tuberculeuses, surtout si la primo-infection est méconnue ou négligée. La primo-infection latente n'est pas toujours une primo-infection bénigne.

Enfin on peut donner au primo-infecté des conseils utiles. On peut, par exemple, surseoir à une vaccination, retarder une intervention chirurgicale qui n'a pas un caractère d'urgence ; déconseiller la préparation d'un concours prochain ; conseiller de retarder la date d'un mariage, etc.

C. Conduite à tenir devant la primo-infection latente

Quatre conditions nous paraissent devoir être remplies :

1° Eloigner le primo-infecté de la source de contage.

C'est la première condition à réaliser. Malheureusement on ne découvre pas toujours la source de contage.

2° Mettre le primo-infecté au repos (deuxième condition capitale).

La durée de ce repos dépend de la forme de la primo-infection latente :

a) S'il s'agit d'un simple virage de cuti, il importe de donner un mois de repos, au moins, au primo-infecté. Repos absolu sans aucun sport. Abstention de toute exposition au grand soleil et au vent, de tout séjour au bord de la mer ou à la montagne.

R. Debré et M. Lelong conseillent un repos de trois mois ; malheureusement, il n'est pas toujours facile, socialement, de réaliser cet idéal.

b) S'il s'agit de légers troubles de l'état général (baisse pondérale, professionnelle, fébricule) sans signes radiologiques, la durée de ce repos sera plus longue : de 3 à 6 mois environ.

En cas de fièvre, repos absolu au lit jusqu'à retour de la température à la normale. La température une fois stabilisée, on envisagera le départ pour une cure d'air : à la plaine ou à la montagne. Courcoux et Franck Tissot ont bien étudié cette question climatologique assez délicate.

Le préventorium constitue une solution excellente.

c) S'il s'agit, à la fois, de troubles de l'état général et de lésions radiologiques pulmonaires, la durée du repos sera encore plus longue : un an environ et parfois davantage.

3° Donner au primo-infecté un régime substantiel.

Bonne nourriture, régime de suralimentation, cures de vitamine D concentrée, médication calcique.

4° Etablir une surveillance médicale prolongée et rigoureuse.

Elle s'impose dans tous les cas, même avec un simple virage de cuti, et pendant plusieurs années. Car de cette surveillance dépend l'avenir éloigné de la primo-infection. On sait qu'une primo-infection, tout d'abord latente et bénigne, peut se compliquer ultérieurement d'accidents tuberculeux graves, susceptibles d'éclater après plusieurs années d'une santé satisfaisante.

Durant les trois premiers mois : prise de la température pendant les dix premiers jours de chaque mois, prise bi-mensuelle du poids et radio pulmonaire mensuelle.

Ensuite pendant au moins trois ans : prise mensuelle du poids et radio pulmonaire trimestrielle ou du moins semestrielle, si l'état général demeure excellent. — Surveillance, qui peut être bien plus longue, selon les cas.

Conclusions

La primo-infection latente, la plus fréquente des primo-infections tuberculeuses, peut être

dépistée précocement à l'aide d'une méthode systématique (poids mensuel, classement professionnel mensuel, cuti-réaction et radio pulmonaire trimestrielles). La généralisation de cette méthode dans les collectivités de sujets jeunes permettrait d'obtenir des résultats appréciables, tant dans la recherche des sources de contage que dans la **surveillance ultérieure des primo-infectés.**

BILAN DYSPEPTIQUE DE NOTRE ALIMENTATION DE GUERRE

par M. Gaston **DURAND**
Chargé de consultation de gastro-entérologie
à l'Hôpital Laënnec

Dans le bilan du retentissement de notre régime de guerre sur l'appareil digestif, le poste **avoir** est assez peu chargé. Néanmoins, les bénéfices que nombre d'individus ont tirés de l'alimentation, réduite à tant d'égards, sont incontestables. Surtout pour l'année 1940-1941.

A. Dès l'instauration du rationnement, nombre de " grands mangeurs ", au régime trop riche, qui croyalent se bien porter, se sont " portés mieux ", de leur aveu ; grâce à une nourriture atoxique, évitant toute surcharge en viandes, corps gras... et boissons œniliques et éthyliques ; grâce aussi, sans doute, pour tant de sédentaires, ou d'usagers des moyens de transports automobiles, grâce, dis-je, à une activité physique singulièrement accrue.

Dans le monde des dyspeptiques, même efficacité d'un régime strict, bien difficile à éluder. Ainsi, pour les hépatiques glycosuriques ou hyperglycémiques. Ainsi, pour nombre de constipés qui ont pu, désormais sans drogues, assurer la régularité de leurs garde-robes. Chez certains côlitiques d'avant guerre : arythmiques intestinaux, avec des phases de rétention absolue ou relative, généralement de courte durée, et des phases plus longues de fausse-diarrhée. Chez ces malades, soumis souvent à un régime exagérément amylacé (riz, pâtes), hyposcoriacé, la consommation presque exclusive de légumes riches en cellulose et de pain chargé de son, a rétabli pour beaucoup d'entre eux, un état quasi normal, dont certains avaient perdu le souvenir.

B. Au **passif** de ce même bilan, il faut porter des troubles dyspeptiques, de localisation diverse, qu'a **pu** engendrer, chez des individus sains, ou surtout accentuer chez des dyspeptiques d'avant guerre, notre régime anormal.

A proprement parler, ne rentrent pas dans le poste " passif " les dysenteries aiguës, à bacille de Shiga surtout, contemporaines des grands mouvements de masses de l'exode, ou leur ayant succédé de peu. Non plus, des infections aiguës, à manifestations hépatiques et intestinales (ictère, diarrhée), dont certaines m'ont été signalées, pour de petites agglomérations, à la campagne, sous forme épidémique, avec sero-diagnostic positif au paratyphique B ; cela pendant l'été 1942 surtout, mais aussi en 1943.

Dans ces cas, de même que dans les infestations, devenues très nombreuses — par oxyure ou ascaris — nos aliments n'ont été que le support de l'agent causal (emploi de l'engrais humain à défaut de fumier, lavage insuffisant des légumes crus, ou avec des eaux polluées, ou cuisson insuffisante).

Les méfaits dyspeptiques causés directement par notre régime de guerre sont d'un autre ordre : mécaniques, inflammatoires, toxiques. Limité à ce qui nous est offert contre tickets, ce régime est essentiellement végétarien, hydrocarboné, mais à base de cellulose, propre à satisfaire parfois le besoin de manger, mais assez peu nutritif. Je passe sur les rutabagas (contemporains de 1940-1941), les choux, les raves ; les champignons, qui assiégèrent nos tables (1940-1942), en coquilles, croustades et autres préparations de " dépannage ".

Parmi les aliments plus nourrissants, le pain de guerre est trop chargé de son, même bluté à 90 %, trop dépourvu de gluten, chimiquement fermenté, insuffisamment cuit, trop hydraté.

Depuis la récolte 1942, et la possibilité de stocks familiaux, les pommes de terre — qui succédèrent au topinambour, de fâcheuse mémoire — sont devenues l'essentiel de notre alimentation végétarienne, et pour nombre de Français, le principal de leur ration quotidienne. De sélection, de qualité généralement inférieures à celles d'avant 1939, préparées, le plus souvent, par simple cuisson à l'eau, faute de matières grasses, elles calment la sensation de faim, bien plus par encombrement du tube digestif que par satisfaction de la nutrition de l'individu. Elles représentent, au total, une masse importante d'amidon fermentescible, largement supérieure, de règle, aux possibilités digestives des sucs pancréatiques et intestinaux.

Qu'il s'agisse des légumes scoriacés ou des féculents, ingérés en quantité relativement importante — point essentiel — c'est à la fois par la masse de leurs déchets, par l'anormale quantité des gaz de fermentation dont ils sont le point de départ, et par l'hyperacidité côlique qui en est la conséquence, que ces aliments sont, très fréquemment, mal tolérés par les dyspeptiques, les dyspeptiques intestinaux avant tous autres.

Les **petits signes de cette intolérance** répondent bien à ces faits : météorisme post-prandial, souvent signalé ; abondance extrême des gaz intestinaux, constituant, pour certains, une véritable infirmité, non douloureuse, mais singulièrement gênante au point de vue sociabilité ; souvent, selles anormalement pluriquotidiennes (généralement après chaque repas, mais chacune d'abondance et consistance normales).

1. Aussi bien, est-ce dans le **secteur intestinal** que le régime de guerre offre le plus d'inconvénients.

Tout d'abord, au niveau de **l'intestin grêle**. Car, je pense bien que c'est lui qui est le siège des distensions gazeuses, dont se plaignent certains dyspeptiques : météorisme douloureux localisé à la moitié supérieure surtout de l'abdomen, peu après le repas de midi particulièrement, augmentant pendant les deux ou trois heures suivantes : parfois compliqué de réactions diverses, — état nauséeux, palpitations, " points au cœur ", tendance lipothymique — diminuant ensuite, peu à peu, avec ou sans émission rectale de gaz inodores. L'aérogastrie, souvent associée à la " gazo-iléie ", en accentue les inconvénients.

Ainsi qu'on peut s'y attendre, ce sont les **états côlitiques**, de tous ordres, qui sont le plus mal influencés par notre alimentation actuelle ; qu'il s'agisse de côlites droites avec diarrhée, ou de côlites gauches avec spasme, totales ou limitées au secteur sigmoïdien (sigmoïdites sub-aiguës, avec syndrome " dysentériforme ", sans évacuation de sang le plus souvent).

En contraste assez paradoxal, je n'ai pas l'impression que les " ventres douloureux " des malades atteints — ou présumés atteints — de " periviscérite " (si communément signalés, voici quelques années) aient pâti spécialement du régime de guerre ;

2. Dans le **secteur gastro-duodénal**, il ne semble pas que les dyspeptiques aient à souffrir, plus qu'en temps de paix, de nos menus quotidiens ; sinon, peut-être, ceux qui sont atteints de gastrite ou gastro-duodénite, avec sensation de brûlure, et tolèrent mal, de

règle, les far neux. C'est surtout par leur action " de masse " que es légumes, dont nous disposons, rendent souvent plus pénibles les " digestions lentes " des atoniques et des ptosiques. Pourtant, il est curieux de constater que, malgré les pertes de poids, presque toujours rapides et parfois considérables, observées pour la majorité des Français, pendant les deux premières années de la guerre mondiale, les ptoses viscérales ne paraissent pas plus fréquentes, ou du moins semblent mieux tolérées qu'avant guerre. Cela tend à prouver que, dans la dyspepsie des " ptosiques ", la ptose viscérale n'est qu'un élément, relativement secondaire, dans le déterminisme des troubles dont se plaignent les malades.

En ce qui concerne l'ulcère — dont on sait la fréquence accrue depuis 1939 — il est peu vraisemblable que le régime de guerre en soit responsable; sinon, peut-être, par suite du déficit de certaines vitamines, ce dont il est bon de se souvenir pour faire, actuellement une bonne part à la vitaminothérapie (A, C, D), dans le traitement médical de l'ulcère. Mais je pense que les perturbations nerveuses, de toutes sortes, que nous subissons, ont plus que tout, une large part de responsabilité dans la fréquence actuelle des ulcères.

3. Les **fonctions hépatiques** peuvent également être troublées, chez nombre d'individus, prédisposés ou non mais pour des raisons dont le régime des tickets n'est pas directement responsable. Malgré notre alimentation, réglementairement carencée en lipides, et si largement déficitaire en matériaux azotés, on a pu noter — surtout en 1942 et 1943 — une anormale fréquence d'accidents hépatiques ou à dominante hépatique, avec ou sans troubles intestinaux.

D'après mon observation, il faut distinguer les hépatites infectieuses — que j'ai signalées au début de cet article, et les accidents susdits, à type d' " **indigestion** ".

a. Ces derniers m'ont paru plus spécialement groupés, pendant des périodes déterminées de l'année : environs de Pâques et pendant l'époque des " grandes vacances ". Survenant au cours de séjours, en milieu familial ou à l'hôtel, dans des régions campagnardes surtout, ou mieux approvisionnées que la plupart des centres urbains, en tous cas, offrant des possibilités de cure de " réalimentation " ou même de " suralimentation relative ", grâce aux laitages, au beurre, aux œufs et aux viandes grasses : cures souvent hâtives, pour " refaire " une fraction importante du poids perdu, dans le temps disponible.

Les cures de fruits, dans les mêmes conditions, en certaines régions privilégiées à cet égard, ont été cause de nombre d'entéro-côlites aiguës diarrhéiques, parfois rapidement suivies de côlite dysentériforme.

J'ai souligné, à dessein, suralimentation relative. C'est que, tout en tenant compte des méiopragies individuelles, ou des antécédents hépatiques ou intestinaux de nombre d'individus, il m'a semblé que les accidents susdits tenaient, pour une très large part, à l'abaissement, assez général, du seuil de la tolérance viscérale, vis-à-vis des aliments gras, intolérance relative due à trois ans de carence en matières grasses.

b. Il y a, pourtant, à côté de ces cas, apparaissant dans des conditions nettement déterminées, d'autres modalités de troubles hépatiques ou d'origine hépatique, survenant surtout chez des citadins, de toutes conditions, ne quittant pas leur ville. Ces troubles ont une allure toxique, subaigus ou chroniques : hépatalgie, état nauséeux, vertiges, poussées hémorroïdaires, brûlures gastriques.

Ou encore, ce sont des accidents côlitiques intermittents, mais à répétition.

D'après mes enquêtes, de tels états dyspeptiques m'ont paru tenir, surtout, à la consommation plus ou moins fréquente, de viandes de boucherie ou charcuterie, parvenues de plus ou moins loin, plus ou moins lentement, par colis familial plus ou moins bien empaquetés, et plus ou moins détériorés dans le transport; finalement, consommées à la limite de fraîcheur, pour des raisons économiques... discutables, mais faciles à comprendre.

Dans le même ordre de faits des conserves familiales de beurre, lard, œufs, viande ou légumes, incorrectement préparées, peuvent ajouter aux facteurs précités leur part d'action nocive. Je ne fais que signaler quelques accidents de botulisme, dont le nombre ne me semble pas avoir été important, et qui pourraient être dus même à des conserves de légumes.

De cet exposé, il demeure que les troubles digestifs divers, plus ou moins prolongés, qu'on a pu observer, depuis trois ans et demi, surtout chez d'anciens dyspeptiques, ou chez des dyspeptiques en évolution — troubles dont la variété paraît avoir subi les fluctuations de notre ravitaillement en telle ou telle denrée — il demeure, dis-je, que de tels accidents n'ont été qu'exceptionnellement graves, encore faut-il faire des réserves pour l'avenir.

Mais, tels qu'ils sont ou ont été, je crois qu'ils auraient pu être évités, le plus souvent. Que de fois, les dyspeptiques ne disent-ils pas *au médecin :* " Quel régime peut-on suivre actuellement? Que peut-on supprimer encore? " L'interrogatoire préalable des patients doit, le plus souvent, permettre de les édifier sur ce qu'il leur convient de faire. Connaître la nature des aliments ingérés n'est pas tout; il faut encore s'inquiéter de l'appétit ou de la faim, que chacun cherche à satisfaire, et des quantités que, chaque jour, il consomme. La question de masse ingérée, pour certains aliments, me paraît plus importante que celle de l' " indigestibilité " essentielle de tel ou tel aliment.

Il n'en est pour preuve que la consommation de la pomme de terre. Ce tubercule a toujours passé, auprès des profanes, pour un excellent " aliment de régime "; pourtant, que de dyspeptiques — de l'estomac ou de l'intestin — avant 1939, " digéraient " mal ce légume, même cuit à l'eau, " en robe ", qui l'auraient bien toléré, à moindres quantités. Inversement, haricots, pois, lentilles ont la réputation d'être de " digestion difficile ", même en purée passée; mais quelle ration consomment ceux qui les aiment? Et qui, même, se donne la peine de les insaliver en les mastiquant? Rappelons à nos dyspeptiques que la valeur nutritive de ces légumes est bien supérieure à celle des pommes de terre, et ne se mesure pas à la place qu'ils occupent dans nos assiettes.

Même dans les conditions actuelles, ne vaut-il pas mieux quitter la table ayant encore faim, que de conserver, une partie de la journée, le " souvenir pesant " de son repas?

Mais, comme le veut le dicton : " ventre affamé n'a pas d'oreilles ".

LES LIVRES

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

Payot, éditeur
106, boulevard Saint-Germain, Paris

Dr Philippe Encausse. — **Sciences occultes et déséquilibre mental.** Préface du Pr Laignel-Lavastine. Seconde édition, revue et augmentée. Un vol. 314 p. Prix : 70 francs.

Chez Maloine
Paris-Montpellier

M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas. — **Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. La thérapeutique hormonale des maladies digestives.** Un vol., 254 p., 1944. Prix : 140 fr.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le botulisme et les jambons salés

(M. R. Legroux et Mme C. Jéramec
Présentation par M. Tréfouël, 14-3-1944)

Depuis 1941, on a observé un nombre sensiblement plus grand qu'auparavant de cas d'infection botulique provoquée par l'ingestion de chair de porc salée. Les auteurs rattachent l'accroissement actuel de l'infection botulique par jambons salés aux causes suivantes : le changement de l'alimentation des porcs, dont le régime comporte aujourd'hui une forte proportion de lait écrémé ; l'abattage des animaux en toutes saisons et souvent loin de leurs étables, après un voyage fatigant (abattage clandestin), toutes conditions reconnues défavorables par l'expérience paysanne ; enfin, l'insuffisance de salure (50 gr. de NaCl au kilogramme dans les jambons botuliques, au lieu de 150 à 230 gr.).

Toute personne préparant la conserve en question, dit M. Legroux, devrait connaître le danger qu'elle peut engendrer du fait de l'abattage en saison chaude et de la salure insuffisante des chairs de porc soumis au régime alimentaire actuel. L'auteur propose qu'une allocation de sel puisse être attribuée aux possesseurs de porcs pratiquant la salaison pour l'usage familial. Il conseille, d'autre part, aux consommateurs, de ne pas manger d'aliment de conserve familiale sans l'avoir porté à l'ébullition. La toxine botulique est inactivée aux environs de 60°. Un faible chauffage rendra donc l'aliment inoffensif, à ce point de vue, à condition toutefois qu'il soit consommé dans les quelques heures qui suivent. Ce chauffage modéré est en effet incapable de détruire la spore botulique et une élaboration nouvelle de toxine pourrait se produire si l'aliment était utilisé trop tardivement après le chauffage.

La transfusion de sang d'urgence

(MM. M. Leroux et Ch. Mirallié
Présentation par M. Binet ; 14-3-1944)

Lors des bombardements de septembre 1943, à Nantes MM. Leroux et Mirallié ont reçu dans leurs services de l'hôpital Saint-Jacques 852 blessés, en majorité grands blessés shockés ; 64 ont été transfusés. De cette expérience globale, les auteurs tirent d'intéressantes conclusions quant à la conduite thérapeutique à suivre en pareils cas.

En présence d'un blessé et surtout d'un polyblessé shocké, disent-ils, il est essentiel de distinguer l'état de shock nerveux traumatique de l'anémie aiguë résultant d'une perte abondante de sang. Les deux syndromes ont plus d'un trait commun : pâleur, refroidissement, pouls incomptable, hypotension. Il ne faut pas s'en laisser imposer par la notion d'hémorrhagie, souvent amplifiée par les témoins, ou par les garrots, bien des fois posés sans nécessité. La décoloration des conjonctives, la soif vive sont déjà des indices. Mais c'est surtout l'examen direct des plaies qui décidera en dernier ressort, selon que ces plaies seront sèches ou saignantes. Il est d'ailleurs des cas, nombreux, où les deux syndromes s'intriquent.

Contre le shock traumatique nerveux, la transfusion sanguine est non seulement inutile, mais peut être nuisible, en ajoutant parfois un nouveau shock transfusionnel au shock traumatique. Il faut réchauffer le blessé (bouillottes, lit bien bassiné, boissons chaudes alcoolisées en quantité modérée et seulement si une intervention immédiate n'est pas envisagée, sérum artificiel intraveineux très chaud) ; y ajouter l'administration par voie intraveineuse de morphine (2 centigr.), d'adrénaline. Contre le shock par anémie aiguë post-hémorrhagique, faire une transfusion sanguine de 200 cm³, à répéter si besoin est. La transfusion ne sera pratiquée qu'après s'être assuré de l'hémostase chirurgicale. Dans les cas mixtes, où se chevauchent les états de shocks nerveux et hémorrhagique, il est préférable d'employer du sang dilué. Il est bon de prévoir d'avance une organisation de ces transfusions, lorsqu'on peut avoir à soigner des blessés nombreux.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La chirurgie sous les tropiques. Projet de conditionnement d'un groupe chirurgical.

(M. Roger Letac, des troupes coloniales
Rapport de M. Roux-Berger ; 17-11-1943)

La chirurgie sous les tropiques est fort différente de la chirurgie dans les climats tempérés. Le terrain sur lequel on opère n'est pas le même (Européens fatigués, indigènes sous-alimentés) ; l'influence du climat sur l'état général est certaine (insomnie, paresse intestinale) ; l'état local est défectueux (mauvais état de la peau) et aussi l'état de l'atmosphère. Le chirurgien, enfin, est obligé d'opérer par des températures dépassant 30°, par 85 à 95 % d'humidité atmosphérique et avec des moyens matériels insignifiants.

La climatisation apporte la solution du problème en restituant à l'air ambiant les qualités optima de température et d'humidité, mais cette climatisation ne peut être envisagée que pour des salles isolées et petites. Pour ce qui concerne le groupe opératoire, la climatisation doit, en outre, être accompagnée de stérilisation totale.

M. Letac présente un projet de groupe chirurgical dans lequel la salle d'opération est une cellule de trois mètres de longueur sur deux mètres de largeur et deux mètres de hauteur. Chirurgien, aide et malade y pénètrent sous scaphandre hermétique par dispositif spécial, assez complexe à décrire. De l'air climatisé y est distribué dans des conditions particulières. La stérilisation employée se fait à l'aldéhyde formique (méthode de Gudin), que l'auteur préfère à l'ozone, aux ultra-violets, etc.

Ce projet emprunte à Gudin sa stérilisation au formol et à Hamant et Grimaud l'idée du scaphandre. M. Letac estime d'ailleurs que sarrau, cagoule, tablier d'opération, sont des objets périmés et qu'un chirurgien vêtu de ces accessoires paraîtra, dans dix ans, aussi entaché d'anachronisme que nous semblerait aujourd'hui Péan opérant en redingote.

Sans aller jusque-là, M. Roux-Berger signale tout l'intérêt du projet de M. Letac qui, bien entendu, offrirait aussi de grands avantages pour la chirurgie dans les pays à climat tempéré.

— M. Leriche a eu l'occasion d'opérer dans le service de Gudin et il a pu apprécier tous les avantages de sa méthode.

— M. André Sicard demande si M. Letac a prévu, chez un opéré enfermé dans le scaphandre, l'éventualité d'une syncope anesthésique et la nécessité de la respiration artificielle.

Péricardiolyse pour péricardite chronique constrictive.

(MM. Santy et M. Bérard, de Lyon ; 17-11-1943)

Depuis 1937, MM. Santy et Bérard sont intervenus par péricardiolyse chez sept malades atteints de péricardite chronique constrictive. Ils ont pu inscrire trois succès complets, un échec immédiat (mort le troisième jour)

un échec tardif et deux cas trop récents encore pour être classés parmi les succès, mais donnant l'espoir d'une évolution heureuse.

Il semble aux auteurs que le problème technique de la péricardiolyse est résolu à l'heure actuelle et que le nombre des bons résultats dépendra, à l'avenir, principalement du choix des indications opératoires.

Le brochage intramédullaire des fractures de la clavicule.

(M. Henri Godard. — Rapport de M. Leveuf; 24-11-1943)

Pour traiter les fractures de la clavicule, on hésite entre la réduction orthopédique, qui laisse un cal plus ou moins volumineux, et la réduction sanglante, qui est grevée d'une cicatrice plus ou moins inesthétique. M. Godard a adopté une solution élégante du problème en pratiquant un brochage intramédullaire de la clavicule fracturée, intervention qui ne laisse qu'une cicatrice minime.

— M. Sicard s'est adressé au brochage intramédullaire dans trois cas de fractures de la clavicule. Le procédé n'est pas toujours aussi simple, il est vrai, qu'on pourrait le penser.

Coma à répétition par hypotension du liquide céphalo-rachidien à la suite d'un traumatisme cranien.

(M. Daniel Férey, de Saint-Malo ; 15-12-1943)

M. Férey a corrigé ce coma à répétition par hypotension du liquide céphalo-rachidien, qui a succédé à une chute sur la tête, par des injections d'air dans le ventricule en collapsus (gonflage des ventricules) et par injection intraveineuse de 250 cm³ de sérum physiologique.

P. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29-1-1944

De la signification pathogénique de l'hyperplasie cortico-surrénalienne des hypertensions paroxystiques.

(MM. Kervarec et Corteil)

Les auteurs, résumant les constatations expérimentales de divers physiologistes, estiment que certaines hypertensions paroxystiques sont dues à une hyperplasie cortico-surrénale dont la cause véritable et lointaine est une hypolutéinémie : cette dernière amène une secrétion exagérée de cortine, hormone progestative et hypertensive. Le traitement lutéinique, mettant au repos le cortex surrénal, fait disparaître d'abord les troubles subjectifs, puis les paroxysmes hypertensifs.

Les réactions enzymologiques dans le diagnostic des endocrinopathies.

(M. Huet)

L'auteur décrit une nouvelle technique de réaction enzymologique basée sur la mise en présence des urines ou du sérum, et de substrats glandulaires.

Cette réaction permet d'étayer un diagnostic étiologique précis dans les cas de syndromes pluriglandulaires.

L'auteur apporte de nombreuses observations à l'appui de sa thèse.

LA PRESSE

Influence des maladies infectieuses dans l'éclosion de la primo-infection tuberculeuse. Il s'agit là du biotropisme de Milian, ou phénomène d'activation de germes pathogènes latents dans l'organisme ; en l'occurence ce sera, disent J. Marie et R. Mindenstock, le biotropisme infectieux phtisiogène : la maladie infectieuse devient ainsi le facteur déterminant d'une action dirigée sur l'activation du bacille tuberculeux. Cette action se traduira par le virage, sous les yeux de l'observateur, de la cuti-réaction ; par la persistance ou la reprise de la fièvre, inexpliquée par l'une des complications habituelles de la maladie en cours ; par la construction sur les films d'opacités caractéristiques de la lésion initiale, représentant les signes qui, dans la plupart des cas, ont permis à ces auteurs de reconnaître la tuberculose primaire. A plusieurs reprises on a pu constater, pendant la période fébrile, l'apparition d'érythème noueux. Enfin, dans certains cas, la seule manifestation de la tuberculose initiale fut le virage de la cuti-réaction, virage infraclinique et souvent infra-radiologique. La rougeole et la coqueluche sont plus particulièrement responsables de ces accidents. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris* », *janvier* 1944).

Chancre du col et grossesse. Le chancre du col reste exceptionnel chez la femme enceinte ; mais c'est une lésion grave ; MM. Balard et Mahon en décrivent l'aspect particulier. Il peut être la cause d'une interruption de la grossesse, d'une rupture prématurée des membranes, d'une infection amniotique et d'une dystocie absolue par absence d'effacement et de dilatation du col. Cette dystocie ne relève que de la césarienne basse ; mais celle-ci est rendue grave par la présence voisine du chancre qui, souvent secondairement infecté, constitue un repaire de germes virulents. Par contre, le traitement spécifique détergera le chancre, le fera fondre, assouplira le col, préviendra la dystocie. Cette thérapeutique rapide et intensive fondée sur un diagnostic précoce, est donc seule susceptible de transformer le pronostic fœtal et maternel de cette lésion, sérieuse autant par ses complications locales que par la maladie générale dont elle est la porte d'entrée (« *Revue franç. de Gynécologie et d'Obstr.* », *janvier* 1944).

Les accidents locaux de la sulfamidothérapie des plaies. En plus de leur pouvoir bactériostatique sur les microbes, les sulfamides se révèlent des poisons vis-à-vis des tissus, dont ils arrêtent l'expansion caryocynétique. D'où la possibilité d'incidents, par lesquels A. Cuenot attire l'attention : le retard dans la cicatrisation des plaies ouvertes, et la formation d'épanchement séreux dans les plaies fermées. Tout en admettant parfaitement la sulfamidothérapie locale des plaies laissées ouvertes comme un excellent moyen d'éviter les complications inflammatoires, cet auteur pense que ces applications ne doivent pas être renouvelées plus de deux à trois fois sans compromettre la cicatrisation ultérieure. Dès que la plaie sera belle, parfois dès le deuxième pansement, on utilisera soit des pommades, soit des antiseptiques inoffensifs comme le dakin, l'éther, le mercuro-chrome, suivant le tempérament et les habitudes de chacun (« *La Presse Médicale* », 19 *février* 1944).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

ORIENTATION PROFESSIONNELLE. LA PROFESSION DE CHIRURGIEN

Avant de commencer des études pour être apte à exercer une profession, un jeune homme doit s'inquiéter s'il est capable physiquement, moralement et intellectuellement d'en remplir toutes les obligations, s'il ne se fait pas d'illusions sur les avantages qu'il compte en tirer. C'est pourquoi la *branche d'information sur les carrières du Bureau de statistique universitaire* aurait l'intention de divulguer dans les dernières classes de l'enseignement secondaire la causerie de notre ami, le Dr F. Decourt sur la *Profession médicale*. Rappelons à ce sujet qu'il y a une quinzaine d'années le regretté Dr Dardelin, de Saint-Brévin-les-Pins (Loire-Inférieure), avait publié une plaquette sur l'exercice de la médecine qui avait été envoyée aux professeurs de philosophie de sa région, plaquette qui, divulguée sur une trop petite échelle, avait néanmoins donné ses fruits autant qu'on a pu s'en rendre compte.

Aujourd'hui, c'est le distingué professeur de clinique chirurgicale de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon, le Dr Chaton qui vient de faire aux élèves du Lycée Victor-Hugo de Besançon une causerie à propos de leur orientation professionnelle sur la profession de chirurgien. Cette causerie gagnerait à être répétée aux élèves qui préparent l'examen d'aptitude aux études médicales qui a remplacé le P. C. B.

La situation matérielle du chirurgien *qui a réussi*, est ordinairement brillante et doit tenter les jeunes étudiants audacieux et ambitieux. Mais il faut être apte à faire un bon chirurgien, c'est pour cela que M. le Dr Chaton, un ancien, peut éclairer de son expérience les élèves qui désirent s'orienter vers la profession chirurgicale.

Le Dr Chaton va préciser exactement d'abord ce qu'est la chirurgie, ce qu'on peut attendre de son exercice et des qualités nécessaires pour se permettre de s'engager avec quelque chance de succès dans la carrière chirurgicale.

***

La définition parfaite de la chirurgie est impossible. Elle est intimement liée à la médecine ; et ces deux modes de l'art de guérir empiètent l'un sur l'autre selon les perfectionnements de la technique ou les progrès de la science. L'étymologie du mot chirurgien est littéralement « manœuvre » ; c'est dire que la chirurgie doit être classée dans les professions manuelles qui exigent des qualités d'habileté que nous examinerons dans la suite.

Les *avantages matériels immédiats* de la chirurgie sont assez brillants pour tenter les jeunes gens, à moins que joue la concurrence comme dans toutes les professions.

L'évolution de la chirurgie est nettement dirigée vers la *spécialisation*. Autrefois le chirurgien était *totalitaire*, à peine pouvait-on compter comme spécialistes chirurgicaux les lithotomistes et les oculistes ; cela n'empêchait le premier chirurgien du roi, Georges Mareschal, d'opérer de la pierre l'archiâtre Fagon et de le guérir, et plus tard maints chirurgiens de chirurgie générale d'opérer de la cataracte. Nous avons vu le Pr Panas, chirurgien des hôpitaux, fonder la première clinique d'opthalmologie à Paris, le Pr F. Guyon, fonder une clinique d'urologie, les Drs Gouguenheim et Lermoyez, médecins des hôpitaux, consacrer leurs services à l'oto-rhino-laryngologie. Ils furent remplacés par les chirurgiens des hôpitaux, les Prs Sébileau et Lemaitre. Ce qui démontre l'empiètement de la chirurgie sur la médecine. Nous avons vu les chirurgiens et les médecins se partager les services d'accouchement et de gynécologie des hôpitaux de Paris et protester officiellement quand l'Administration de l'Assistance Publique créa le corps des accoucheurs des hôpitaux avec les maternités.

Nous voyons de nouvelles spécialités surgir, celle des chirurgiens orthopédistes, celle des stomatologistes et des chirurgiens maxillo-faciaux, celles des neurochirurgiens, celle des podologistes, etc. Les chirurgiens se spécialisent par organes, les uns s'intéressent plus particulièrement aux affections du thorax, les autres aux affections de l'abdomen. Le Pr Leriche a donné une grande extension à la chirurgie du sympathique.

D'autre part la médecine limite notablement le champ de la chirurgie par la sérothérapie, par la vaccinothérapie, par l'hormonothérapie, par l'administration des sulfamides, par la physiothérapie.

Les rayons X et le radium, l'électrocoagulation sont appelés à restreindre le domaine chirurgical, tandis que l'anesthésie, la facilité de l'hémostase, l'asepsie, la radiologie simplifient singulièrement la tâche du chirurgien. L'étudiant qui se destine à la carrière chirurgicale, devra tenir compte de toutes ces conditions dans son orientation.

***

La chirurgie apporte à ceux qui l'exercent, de *grandes satisfactions* au point de vue moral mais aussi de *grandes inquiétudes*.

Le chirurgien peut avoir la conviction et la certitude d'avoir dans certains cas arraché à la mort un malade. D'autre part de grandes inquiétudes le poursuivent depuis l'anesthésie qui présente exceptionnellement des dangers jusqu'à la fin de l'opération, qui ménage souvent des accidents imprévus.

La responsabilité morale ne doit pas altérer la sérénité et le sang-froid de l'opérateur.

A cette responsabilité morale se joignent les responsabilités pénale et civile qui existaient fort peu au siècle dernier et qui tendent à être de plus en plus lourdes.

***

Les qualités du chirurgien sont de divers ordres. D'abord énumérons celles qui sont communes avec

le médecin et, en premier lieu, l'*esprit de charité*, la *bonté* qui doit faire aborder le malade avec un visage souriant quelles que soient les inquiétudes qu'on ait à son égard. « Le chirurgien ayant la face piteuse rend à son malade la plaie venimeuse », a dit Ambroise Paré.

Puis la *conscience* : « Science sans conscience, ruine de l'âme », a dit Rabelais.

Enfin l'*amour du travail* ; il est nécessaire que le chirurgien par l'amour du travail intellectuel se tienne au courant de toutes les découvertes, de tous les perfectionnements apportés à son art.

Parmi les qualités spéciales au chirurgien, le Dr CHATON donne le premier rang aux *qualités de caractère* qui sont nécessaires aux médecins mais pas au même degré. Ce sont l'*esprit de décision*, le *calme* et le *sang-froid*.

Puis viennent les *qualités physiques*. La *vigueur physique* est indispensable à l'opérateur. Certaines interventions sont très fatigantes. La *dextérité manuelle* a une grande importance, il faut se rappeler la formule américaine des trois H :

Hand, Head and Heart.
main, tête et cœur.

On n'ajoute pas à notre gré l'importance qu'elle mérite à l'*éducation manuelle*. Le Dr CHATON va jusqu'à conseiller un stage préliminaire du futur chirurgien chez divers artisans dont la technique s'apparente avec son action (tailleur, menuisier, mécanicien, électricien, etc.). Le chirurgien parfait devrait savoir réparer toutes les « pannes » qui peuvent se produire au cours d'une opération.

Le Dr CHATON termine en citant les *dix commandements* qui doivent guider la conduite du chirurgien, d'après l'ouvrage du regretté Pr FORGUE, de Montpellier, *La Vie du Chirurgien*, dont il n'a cessé de s'inspirer au cours de sa causerie.

Les dix commandements se résument en dix adages latins que nous allons énumérer :

1° *Primum non nocere*, d'abord ne pas nuire par son action.

2° *Principiis obsta* avec sa devise corollaire : *occasio præceps*. Agir sans retard, l'heure chirurgicale est brève.

3° *Consilio manuque*, devise de l'ancienne corporation des chirurgiens : ton rôle est double : *pensée* et *action*.

4° *Abstine si nescis* ; *nosce te ipsum*. Abstiens-toi si tu ignores, aie conscience de ce dont tu es capable.

5° *Age quod agis*. Fais bien ce que tu as à faire.

6° *Festina lente*. Hâte-toi lentement ; pas de précipitation.

7° *Ne quid nimis* : ni trop, ni trop peu, ni trop tard.

8° *Æquam servare mentem !* Garde ta présence d'esprit.

9° *Res sacra miser*. Le malheureux est chose sacrée.

10° *In scientia veritas* ; *in arte probitas*. C'est la devise de l'*Académie de chirurgie* qui résume ce que doit être un parfait chirurgien.

Félicitons M. le Dr CHATON de sa causerie et souhaitons qu'elle soit faite aux étudiants qui débutent dans les études médicales ; ils éviteront en la méditant les déceptions d'une orientation chirurgicale mal dirigée.

J. NOIR.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LES CENTRES DE SANTÉ CORPORATIFS SERONT-ILS SOCIÉTÉS OU ÉTABLISSEMENTS PROFESSIONNELS ?

Lors de sa dernière session (1), le Conseil National de l'Ordre s'est attaché à l'étude des centres de diagnostic. Tout en admettant que les circonstances rendent leur réalisation impossible pour le moment, il a tenu à prendre officiellement position et à annoncer l'élaboration d'un plan d'action. Il a émis aussi la prétention de s'opposer à la création de centres échappant à la profession médicale. Pour éviter un tel risque le mieux est, répétons-le, de présenter au plus tôt une solution viable. Et puisque pour le moment l'œuvre ne peut voir le jour, au moins faut-il sans plus tarder en préparer le moule.

Aussi, nous proposons-nous de pousser plus avant l'étude ébauchée dans un précédent article (2). Prenant texte de la loi du 17 novembre 1943 qui venait de paraître, nous avons suggéré la création de centres de santé corporatifs (centres de diagnostic et de soins dépendant juridiquement et financièrement de l'Ordre) sous la forme de sociétés ou d'établissements professionnels. Nous n'avons pu alors nous prononcer avec certitude en faveur de l'une ou l'autre de ces formes, nous bornant à réfuter quelques objections de principe, et nous réservant de mettre ultérieurement au point le détail des mesures que nous préconisions.

Aujourd'hui, après examen du texte de loi, lecture des nombreux commentaires qu'il a suscités et entretien avec son promoteur, M. Culmann, secrétaire général à l'Organisation Industrielle et Commerciale, nous voudrions étudier concrètement les possibilités données à l'Ordre.

I. L'Ordre peut-il revendiquer le bénéfice de la loi du 17 novembre 1943 ?

Nous avons déjà répondu par l'affirmative ; mais familiarisés maintenant avec la pensée du législateur, nous jugeons nécessaire d'étayer ce qui pourrait ne paraître qu'une opinion personnelle.

1° L'ORDRE DES MÉDECINS PEUT-ÊTRE AUTORISÉ A CRÉER DES SOCIÉTÉS OU ÉTABLISSEMENTS PROFESSIONNELS.

Outre les arguments que nous avons déjà mis en avant, nous signalons que l'Ordre remplit les cinq conditions nécessaires, selon M. Culmann (3) : organisme - chargé par la loi - de la gestion d'intérêts professionnels dans le cadre national - doté de la personnalité morale - et d'un pouvoir de décision au moins individuelle.

2° LES TACHES QUI SERAIENT CONFIÉES AUX CENTRES DE SANTÉ CORPORATIFS FONDÉS SUR LA LOI DU 17 NOVEMBRE

(1) *Concours Médical*, 1er juin 1944.
(2) *Concours Médical*, 11 décembre 1943.

(3) H. Culmann. La loi du 17 novembre 1943 sur la gestion des intérêts professionnels. *Revue de l'économie contemporaine*, janvier 1944.

1943 RÉPONDRAIENT AUX TROIS RÈGLES POSÉES PAR CE TEXTE:

a) Tâches relevant de la compétence de l'Ordre.

Le Conseil d'Etat (arrêt Bouguen du 2 avril 1943) considère l'organisation et la discipline de la profession médicale comme un service public, à cause des répercussions considérables qu'une mauvaise organisation de cette profession aurait sur la santé publique. Les centres projetés, moyens efficaces de concourir à la correcte administration des soins médicaux, notamment en matière sociale, contribueraient donc à la défense de la santé publique en même temps qu'à l'organisation harmonieuse de la profession médicale (respect des principes de la Charte médicale) : domaines par excellence de la compétence du Conseil de l'Ordre.

b) Tâches ne pouvant être convenablement assurées par les services de l'Ordre.

C'est une question de fait que le ministre de la Santé publique — autorité de tutelle — et, le cas échéant, le Conseil d'Etat, auront à apprécier. Mais il nous semble par hypothèse admis que l'Ordre ne pourrait à l'heure actuelle correctement gérer la multiplicité des centres de santé qui apparaît nécessaire. Les dirigeants de la profession n'auraient ni la compétence, ni les loisirs voulus. Autre raison : la gestion de ces centres entraînerait des recettes et des dépenses qu'il serait commode de soumettre à des règles souples ; or sans être tenue, nous l'avons vu, aux règles de la comptabilité publique (1), la comptabilité de l'Ordre lui-même risquerait de ne pas présenter assez de commodité.

c) Tâches ne pouvant être convenablement assurées par des entreprises privées.

Là encore, question de fait dont l'examen relève de l'autorité de tutelle et du Conseil d'Etat. Etudions de près cependant chacune des hypothèses possibles.

A l'intérieur de la profession, d'abord. — On pourrait songer aux associations de médecins pour créer et gérer les centres de santé. Nous écartons l'objection, croyant avoir démontré dans nos précédents articles que si la chose était juridiquement possible à l'échelon individuel, par le truchement de sociétés civiles, des obstacles insurmontables d'ordre économique et pratique se dresseront à l'échelon de la profession, tenant à la dispersion des initiatives des médecins livrés à eux-mêmes, et à l'exiguïté de leurs moyens financiers.

A l'extérieur de la profession. — La *Mutualité et les Assurances sociales* pourraient prétendre que leurs réalisations rendent inutiles les centres corporatifs. Nous avons déjà réfuté l'assertion : les créations mutualistes ou autres, souvent non conformes à l'esprit et à la lettre de la Charte médicale, n'obtiendront pas du corps médical la collaboration unanime et sans réserve qui sera apportée aux centres corporatifs. Or, M. Culmann (loc. cit.) écrit : *Ce n'est pas seulement la nature particulière des tâches à assumer qui peut justifier la création d'un établissement ou d'une société professionnelle. Ce peuvent être aussi les conditions spéciales de leur accomplissement, dans les cas où aucune entreprise privée n'y peut satisfaire.* En l'espèce, ce sont les « conditions spéciales » dans lesquelles, de la part du corps médical, les soins devront être administrés, qui justifient la création des centres corporatifs.

Restent les maisons de santé. — Nous savons qu'un courant d'opinion se dessine en faveur de la prise en charge des centres de santé par les cliniques (2), dont certaines seraient spécialisées dans ce but. Une telle organisation présenterait au point de vue réalisation pratique d'indéniables avantages : des locaux seraient immédiatement disponibles ; des appareils de radio prêts à fonctionner ; des possibilités d'hospitalisation immédiate données aux malades pendant la durée d'examens qui peuvent s'échelonner sur plusieurs jours. Il ne faut donc pas dédaigner l'aide efficace que seraient susceptibles d'apporter les maisons de santé à l'équipement rapide de la France en centres de santé.

Mais la solution satisfaisante du problème ne peut être fournie par les seules cliniques. En effet, l'organisation professionnelle actuelle rattache étroitement les maisons de santé au domaine commercial d'une part, au domaine administratif de l'autre. Or les préoccupations commerciales doivent rester étrangères aux dirigeants des centres de santé. D'autre part, la répartition des cliniques sur le territoire et leur aménagement dépendent du plan d'organisation générale hospitalière élaboré par le ministre de la Santé publique. Les problèmes posés par l'hospitalisation sont différents de ceux posés par le diagnostic. L'autorité professionnelle jouit sur ce point d'une compétence indéniable et souveraine. Dans certains cas, ladite autorité pourra décider le rattachement matériel de tel Centre à telle clinique, ou à tel hôpital, étant entendu que le Centre devra être juridiquement distinct de l'organisme auprès duquel il fonctionnera. Des conventions spéciales pourront d'ailleurs utilement résoudre le problème de l'hospitalisation des malades pendant la durée des examens d'une part, et d'autre part à la suite des interventions chirurgicales décidées. La solution offerte par les maisons de santé n'est donc que parcellaire.

II. Quelle forme choisir ?

La loi du 17 novembre 1943 permet à l'Ordre de créer soit des sociétés professionnelles, soit des établissements professionnels, sans imposer de règle précise. M. Culmann nous dit que le choix est dicté par les caractères et les conditions de fonctionnement de chacune des catégories d'organismes. S'il s'agit d'assumer des tâches comportant l'accomplissement habituel d'actes de commerce, une société professionnelle est indiquée. Pour des tâches administratives, il faut songer à l'établissement professionnel. Exemple : pour gérer une usine-témoin, on fondera une société ; un établissement, au contraire, pour la gestion d'un centre de recherches ou d'un service médico-social interentreprises.

Mais ce critère, satisfaisant en théorie, nous laisse perplexes dans le cas présent.

1° Le but des centres de santé, nous l'avons dit, ne sera pas la réalisation habituelle d'actes de commerce au sens des articles 632 et 633 du Code de commerce (achat pour revendre et variations autour de ce thème) ; la société professionnelle serait donc un moule inadéquat à priori, d'autant plus que l'article 6 de la loi dispose que la société professionnelle est commerciale quel que soit son objet. Certes les sociétés professionnelles ne sont pas des sociétés comme les autres : l'article 12 de la loi donne aux statuts le pouvoir de décider que, un intérêt de 6 % ayant été versé au capital, les excédents d'exploitation seront ou mis en réserve, ou ristournés aux sociétaires, ou attribués aux organismes fondateurs. En d'autres termes, les sociétés professionnelles sont des sociétés commerciales ne distribuant pas de bénéfices. Mais il n'en demeure pas moins qu'elles sont expressément soumises aux lois et usages du commerce et doivent être immatriculées au registre du commerce. Si donc les centres de santé revêtaient la forme de sociétés professionnelles, ils risqueraient de leur emprunter des dehors mercantiles immérités, et d'être vus avec méfiance par les médecins comme par le public. De plus les modes de création et de gestion des sociétés professionnelles sont plus compliqués que ceux des établissements professionnels.

2° C'est donc volontiers que nous pencherions vers les établissements professionnels. Mais, ici, autre objection : ils doivent se cantonner dans des tâches administratives, et M. Culmann ajoute qu'*ils ne peuvent*

(1) *Concours Médical*, 1er juin 1944.
(2) Article du Dr Saint-Martin dans *Les Annales de Médecine sociale*, mai 1944.

en principe se livrer à aucune activité économique. Que faut-il entendre par ces mots ? Peut-on dire que les centres de santé, percevant des malades le prix d'examens ou soins, se livrent à une activité économique, étant souligné que soins et examens seront en principe fournis au prix coûtant et que si un excédent d'exploitation apparaît, il sera employé, par le canal de l'Ordre, au profit de la profession ?

Nous pensons qu'il ne faut pas donner au terme « activité économique » le sens étroit d'activité dirigée vers un but lucratif (sociétés) par opposition à activité à but non lucratif (associations, et, dans l'hypothèse, établissements professionnels). Selon nous, ces mots signifient « action tendant à la production de denrées ou services appréciables en argent et utilisables directement ou indirectement par le public ». Cette sorte d'activité qui est, sous certaines réserves, du domaine des sociétés professionnelles s'oppose à l'activité uniquement dirigée vers la réalisation : - ou de tâches immatérielles, telles qu'études ou recherches ; - ou de tâches appréciables en argent mais utilisables seulement au profit de la profession ou des professionnels, telles que services médico-sociaux, - activité qui serait du domaine propre des établissements professionnels.

Si cette définition est exacte, il est certain que les centres de santé, dispensateurs de soins profitant directement et immédiatement au public qui en paye le prix, devraient être considérés comme exerçant une activité économique et devraient, par conséquent, revêtir la forme de sociétés professionnelles.

Mais la distinction posée par M. Culmann est-elle absolue ? Il ne le pense pas lui-même puisqu'il a bien voulu nous confirmer que, selon lui, les centres projetés pouvaient être constitués en établissements, comme ne relevant pas d'une discipline commerciale, et puisqu'un décret récent vient de fusionner sous forme d'établissements professionnels, dans une industrie déterminée, plusieurs centres d'études et de recherches gérant des stations et usines-témoins, et concluant des accords sur brevets et licences... toutes activités qui, ce nous semble, ont un parfum économique pénétrant. Donc, rien de dirimant n'interdit la création de ces centres sous forme d'établissements. Leur mise en route serait d'ailleurs plus licite encore de la part de l'Ordre s'il s'agissait de *centres-témoins.* Avant de se lancer dans la création en série d'organismes tels que ceux que nous préconisons, il serait prudent de faire quelques essais. Pourquoi la tâche d'effectuer les mises au point ne serait-elle pas laissée à l'Ordre ? Sauf ensuite, et selon les résultats, à lui permettre par un texte législatif spécial de prendre en charge l'entier équipement du pays, ou au contraire à l'aiguiller sur une collaboration avec les maisons de santé ou les créations mutualistes.

III. Le mode de financement

Car, et nous abordons maintenant une dernière difficulté mais de taille, il est certain que quel que soit le moule juridique adopté, l'Ordre des Médecins, réduit à ses seules ressources, ne pourra entreprendre des réalisations de grande envergure. La loi du 17 novembre lui donne le pouvoir de *taxer ses ressortissants* bénéficiaires des services des établissements, ou d'*affilier obligatoirement* aux sociétés les personnalités intéressées. Mais nous redoutons que ces décisions portant affiliation obligatoire ou taxe ne soient, à tort d'ailleurs, mal accueillies du corps médical, les versements à prévoir devant être importants.

Peut-être l'Ordre pourrait-il *obtenir des subventions :* du Ministère du Travail d'une part, du Ministère de la Santé publique d'autre part. Il y aurait en tous cas pour lui de gros efforts à faire dans ce but.

Comme dernière ressource, il lui resterait l'*emprunt :* emprunt auprès des médecins, auprès des banques ou entreprises privées, auprès des collectivités sociales enfin. Le succès de ces emprunts ne saurait toutefois être garanti. Il est vraisemblable que les organismes prêteurs demanderaient en tout état de cause à exercer au moins un contrôle de gestion, sinon une gestion commune. Mais avec un tel partage des responsabilités financières, pourrait-on parler d'établissements professionnels ? Oui, répondons-nous, les éléments essentiels conférant à ces organismes le caractère professionnel étant la décision de création, l'objet, les modalités d'exercice du droit d'intervention donné aux organismes professionnels fondateurs, mais non le financement exclusif par la profession. La profession doit participer à ce financement, mais on ne saurait raisonnablement l'obliger à financer le tout. Par conséquent, de ce côté encore, des difficultés existent certes, mais peuvent être surmontées.

Conclusion

Les moules juridiques actuellement mis à la disposition de l'Ordre ne sont peut-être pas encore absolument parfaits. En ces temps de surabondance, sinon d'intempérance, législative un texte instituant des *sociétés civiles professionnelles* serait facile à publier. Il serait le bienvenu puisqu'il permettrait de lever définitivement certains obstacles mineurs.

Mais dès maintenant l'Ordre pourrait se mettre en campagne pour obtenir des autorités compétentes (Ministre de la Santé publique et Ministre des Finances) une approbation de principe pour la création d'établissements professionnels, ou à la rigueur de sociétés professionnelles. Il lui resterait ensuite à réunir les fonds nécessaires : nous avons indiqué à quelles portes il pouvait successivement frapper. Assuré de ces bases essentielles, il lui resterait alors à prendre la décision de création des centres de santé et à en faire rédiger les statuts selon la forme choisie. Décision de création et statuts seraient ensuite approuvés officiellement et expressément par les ministres susdésignés.

Modestes au début, les essais de l'Ordre pourraient prendre de l'ampleur et les centres-témoins se multiplier peu à peu. Selon les résultats obtenus, l'Ordre pourrait soit continuer seul dans la voie choisie, soit rechercher l'appui des maisons de santé et des collectivités sociales. Nous pensons que la solution optima consisterait à fusionner ces trois sources d'énergie, mais, dans cette hypothèse, il faudrait que chacune des parties en cause voulût bien tenir compte au maximum des points de vue et des nécessités pratiques de ses partenaires ; il serait en particulier souhaitable que les collectivités sociales, fortes de leurs millions, ne se croient pas autorisées à user de cette arme pour maintenir à leur botte les représentants médicaux.

Pour un déroulement harmonieux et un aboutissement heureux des négociations, l'essentiel est d'ailleurs que les dirigeants des médecins sachent qu'en cas d'échec ils ont à leur portée, dans les centres corporatifs, un moyen facile et régulier de résoudre le problème posé, en toute indépendance.

P. DOURIEZ.

DÉCRET ORGANISANT LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LES CONSEILS DE L'ORDRE

TITRE Ier

FONCTIONNEMENT DES CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

CHAPITRE Ier. — *Inscription au tableau*

ARTICLE PREMIER. — Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme qui demande son inscription au tableau doit joindre à sa demande son acte de naissance, les documents d'état civil ou d'ordre militaire établissant la nationalité de son père, une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police de son diplôme de docteur en médecine et de ses titres universitaires et hospitaliers, un extrait de moins de

trois mois de date de son casier judiciaire, un *curriculum vitæ* depuis le début de ses études médicales.

Cette demande doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président du conseil régional.

ART. 2. — Lorsque le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme candidat est étranger ou n'est pas de nationalité française à titre originaire, il doit justifier, à l'appui de sa demande, de tous titres ou décisions l'autorisant à exercer en France.

Il n'est d'autre part pas dérogé aux dispositions du décret du 11 août 1941.

ART. 3. — A la réception de la demande prévue à l'article 1er, le président du conseil régional désigne un rapporteur parmi les membres du conseil. Celui-ci procède à une enquête sur la moralité du candidat. Il fait un rapport écrit.

Le conseil doit statuer dans le délai de deux mois à partir de la remise de la demande.

Aucune décision de rejet ne peut être prise sans que l'intéressé ait été convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception devant le conseil régional pour y fournir ses explications. Cette décision doit être motivée.

Les décisions d'inscription ou de refus sont notifiées dans la huitaine du prononcé à l'intéressé ainsi qu'au conseil du collège départemental dans lequel le candidat désire exercer son art.

ART. 4. — Le tableau de l'ordre dans le département est publié chaque année au mois de janvier. Ce tableau est déposé à la préfecture ainsi qu'aux parquets des divers tribunaux de première instance et aux mairies et pharmacies situées sur le territoire du département. Il est publié conformément aux prescriptions législatives et réglementaires. Des exemplaires en sont envoyés au conseil national de l'ordre des médecins.

CHAPITRE II. — *Discipline*

ART. 5. — L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien dentiste ou une sage-femme est introduite par une plainte adressée au président du conseil régional de l'ordre.

Si la plainte émane du conseil d'un collège départemental ou du conseil national, elle doit être signée du président ou, à défaut, d'un membre dudit conseil et accompagnée du procès-verbal de la délibération décidant d'intenter les poursuites.

Avant d'intenter une action dont il se propose de prendre l'initiative, le conseil régional tient séance pour entendre un exposé fait par l'un de ses membres. Le conseil décide à la majorité s'il y a lieu de poursuivre.

ART. 6. — Le président du conseil régional désigne pour chaque affaire un rapporteur parmi les membres du conseil. Si le praticien poursuivi est un chirurgien dentiste ou une sage-femme, le rapporteur est désigné parmi les praticiens de cette catégorie membres du conseil régional.

La plainte est notifiée au praticien incriminé, lequel est invité à produire dans les quinze jours sa défense écrite. Le rapporteur instruit l'affaire, examine les témoignages écrits, procède s'il y a lieu à l'interrogatoire du praticien incriminé et à l'audition des témoins dont les dépositions sont signées par leurs auteurs, il a qualité pour procéder à toute constatation utile.

Lorsqu'il a achevé l'instruction, le rapporteur transmet le dossier au président du conseil régional avec un rapport.

ART. 7. — L'auteur de la plainte, le praticien incriminé ou mis en cause sont convoqués à l'audience, par lettre recommandée avec accusé de réception du président du conseil régional quinze jours au moins avant l'audience. Cette convocation indique aux personnes en cause le délai pendant lequel elles pourront, elles ou leurs défenseurs, prendre connaissance du dossier au siège du conseil régional.

Les personnes en cause sont, en outre, invitées par la convocation à faire connaître, dans un délai de huit jours, si elles font choix d'un défenseur, et dans ce cas les nom et adresse de celui-ci.

ART. 8. — Le président du conseil régional dirige les débats. Il donne la parole au rapporteur qui présente un exposé des faits. Il interroge les intéressés. Tout membre du conseil régional peut également poser des questions avec l'autorisation du président.

Le médecin, le chirurgien dentiste ou la sage-femme doit comparaître en personne. Il ne peut se faire assister que par un de ses confrères inscrit au tableau, ou par un avocat régulièrement inscrit à un barreau. Cette règle s'applique également à la représentation des autres personnes en cause.

Le président, s'il le juge nécessaire dans l'intérêt des débats, peut retirer son droit de parole à quiconque en abuserait.

Lorsque l'action est intentée en conséquence de faits portés à la connaissance de l'auteur de la plainte par une caisse d'assurances sociales ou tout autre organisme chargé du contrôle des soins médicaux prévus par des lois sociales, ceux-ci peuvent se faire représenter à l'audience et faire développer les motifs de la plainte par un avocat inscrit à un barreau ou par leur médecin conseil inscrit au tableau.

Si l'intéressé ne se présente pas, l'affaire est jugée sur pièces, après audition du rapporteur.

CHAPITRE III. — *Dispositions concernant à la fois l'inscription au tableau et la discipline.*

ART. 9. — En cas d'empêchement du président, l'audience est présidée par un vice-président désigné par le conseil régional, ou à défaut par le plus âgé des conseillers. Un secrétaire désigné par le président assiste à la séance.

ART. 10. — Le conseil régional de l'ordre des médecins, quelle que soit la nature des affaires sur lesquelles il est appelé à statuer, ne peut valablement délibérer que si sont présents au moins cinq des membres qui le composent. Il ne peut siéger que si ses membres se trouvent en nombre impair ; s'ils se trouvent en nombre pair, le plus jeune des médecins s'abstient.

L'audience n'est pas publique et la délibération demeure secrète. Celle-ci a lieu hors la présence des défenseurs et du ministère public.

ART. 11. — La décision est prise à la majorité des voix. Elle doit être motivée.

Le conseil régional peut, avant de prononcer une décision définitive, ordonner par décision avant dire droit toutes les mesures d'instruction qu'il juge à propos.

Si des frais sont engagés à l'occasion d'une enquête ou d'une expertise, ils sont avancés sur les crédits mis à la disposition du conseil régional, qui décide, en fin d'instance, s'il y a lieu de les mettre à la charge d'un praticien en cause.

ART. 12. — Les décisions du conseil régional mentionnent les noms des membres présents ; elles sont transcrites sur un registre spécial coté et paraphé par le président et qui ne peut être communiqué aux tiers.

La minute de chaque décision est signée par le président et le secrétaire.

La décision est notifiée à toutes les personnes en cause par le président du conseil régional par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision comportant la peine de suspension temporaire d'exercice ou d'interdiction définitive est, en outre, notifiée dans les formes ci-dessus au directeur régional de la santé et de l'assistance, au président du conseil du collège départemental et au procureur de la République près le tribunal dans le ressort duquel le praticien avait un cabinet.

ART. 13. — Les membres du conseil régional peuvent être récusés pour les motifs énumérés à l'article 378 du code de procédure civile. Sont récusés d'office les membres du conseil qui ont entre eux ou avec le médecin, le chirurgien dentiste ou la sage-femme intéressé une parenté ou une alliance jusqu'au quatrième degré, les membres de la chambre de discipline qui ont des intérêts professionnels communs entre eux ou avec le praticien intéressé, tout membre qui serait l'auteur de la dénonciation à l'origine de la poursuite disciplinaire.

La demande de récusation doit être présentée trois jours francs avant le jour de l'audience.

(*J. O.*, 30 juin 1944).

Nous publierons les dispositions sur la procédure devant le conseil national dans notre prochain numéro.

ECHOS ET COMMENTAIRES

OU LE FORFAIT RISQUE DE DEVENIR UNE MAUVAISE AFFAIRE. — LE RÉGIME DES MALADES PAYANTS A L'HOPITAL. — LES INTERNES DOCTEURS ET LES AUTRES. — L'AVORTEMENT A BON COMPTE. — ENCORE ET TOUJOURS LE CONTROLE DES A.S.

Indifférent aux événements, le fisc commence à faire parvenir à chacun les avertissements attendus. Calculé sur le revenu d'un exercice normal, l'impôt frappe d'autant plus lourdement cette année qu'il doit être payé sur un revenu qui va pour la plupart des contribuables (tout au moins pour les grands centres) en s'amenuisant sans cesse, ou en termes mathématiques, tend asymptotiquement vers zéro.

Les adeptes du bénéfice forfaitaire commencent sans doute à se demander si le système du bénéfice réel n'est point après tout pourvu de quelques avantages en des temps aussi incertains et troublés que les nôtres. Certes, il leur sera loisible dans les tout premiers mois de l'année prochaine, de renoncer au forfait et de calculer leur revenu imposable sur la base de leur chiffre d'affaires réel. Mais que de complications en perspective ! Est-il opportun, d'autre part, de renoncer au seul avantage véritable du forfait, c'est-à-dire à la certitude de n'avoir plus à discuter de rehaussements dans l'avenir ?

Il y aurait à notre avis un moyen de résoudre élégamment la question : ce serait d'appliquer au chiffre du bénéfice forfaitaire antérieurement déterminé une réduction elle-même forfaitaire, tenant compte de la réduction d'activité moyenne que le corps médical aura dû subir au cours de cette année par suite des circonstances, comme la plupart des classes actives de notre pays. Un coefficient spécial pourrait être calculé pour les diverses spécialités qui sont inégalement touchées (les radiologistes étant évidemment les plus durement atteints).

Certes, le moment n'est pas encore venu de préparer la déclaration 1945. Mais il n'est pas trop tôt pour attirer l'attention sur un problème général qu'il y aurait intérêt à résoudre par une mesure du même ordre et non point par des milliers de décisions particulières.



On sait que le Conseil National de l'Ordre a, en son temps, demandé au secrétaire d'Etat à la Santé de surseoir à l'application du décret du 17 avril 1943 « dont certaines dispositions sont de nature à soulever des difficultés » et notamment celles ayant trait à la rémunération du corps médical pour soins donnés aux malades payants des 1re et 2e catégories.

Le décret du 17 avril 1943, rappelons-le, n'admet libre choix et entente directe à l'hôpital que dans les cliniques annexes. Pour tous les malades payants (même les plus for-

tunés) hospitalisés dans les parties communes, un tarif limitatif s'impose aux médecins.

Nous avons à plusieurs reprises démontré ici même que le décret a entouré la création de cliniques annexes des plus grandes difficultés, la presque totalité des malades payants étant en effet soustraite au régime de l'entente directe. Nous n'avons pas été les derniers à le déplorer et à demander qu'une réforme de ce texte permette, à l'égard des malades payants des 1re et 2e catégories hospitalisés en chambres particulières, l'entente directe d'une part, et d'autre part le libre choix, entre tous les médecins de la localité.

Aussi avions-nous enregistré avec satisfaction, à la lecture du *Bulletin de l'Ordre* de janvier dernier, que le Conseil National avait demandé au secrétaire d'Etat à la Santé de surseoir à l'application du décret et avait obtenu de celui-ci un accord de principe sur la possibilité de modifications dans ce sens.

Mais il y a loin de la coupe aux lèvres... car de différents côtés, et notamment de la région de Mâcon, on nous informe que les directeurs régionaux de la Santé entendent brusquer l'application du décret et faire publier par les Préfets des arrêtés fixant dès maintenant le tarif limitatif à appliquer aux malades des 1re et 2e catégories en attendant la publication de la nomenclature en préparation.

Nous signalons le fait à la 3e Section du Conseil National qui a mis à l'étude le problème de la législation hospitalière, et nous lui demandons d'apporter tous ses soins à ce qu'une solution comportant libre choix et entente directe pour tous les malades de 1re et 2e catégories soit promptement obtenue.



A la déclaration de guerre, l'Assistance Publique de Paris admit que les docteurs ou les candidats à l'internat ayant terminé leur scolarité pussent passer leur thèse sans perdre pour cela le droit à terminer leurs années d'internat ou à se présenter au concours.

La seule condition posée fut que ces jeunes gens ne pourraient se prévaloir de leur diplôme tant qu'ils seraient au service de l'Assistance Publique.

Or, nous écrit un lecteur, cette condition n'est pas respectée et bien des internes-docteurs occupent des postes de médecins d'usines, ou des écoles, ou de dispensaires. Ils trouvent ainsi un apport qui leur permet de vivre, mais qui est interdit aux autres. Ceux-ci doivent se contenter des 2.000 à 2.500 francs d'indemnité mensuelle que leur accorde l'Assistance. S'ils ont une famille, c'est tellement insuffisant qu'ils en viennent à rechercher des besognes de raccroc peu rémunérées et souvent astreignantes.

Et notre lecteur élargissant le débat pose le problème entier de la situation matérielle faite aux internes. L'A.P. interdit à ses internes de passer leur thèse afin de se les attacher exclusivement. Mais la rigueur des temps contraint ceux-ci à se trouver, coûte que coûte, un complément de revenus en travaillant à l'extérieur. Si bien que la défense de l'A.P. joue précisément à l'inverse de ce que celle-ci en attendait.



Un de nos lecteurs nous communique une coupure de journal rendant compte d'un jugement récemment intervenu dans la Somme.

Une avorteuse ayant accepté pour le prix de 4.000 francs de prêter ses bons (! ?) offices à une jeune veuve en difficulté provoqua la mort de celle-ci. Les trois complices avouent ; l'avorteuse s'obstine à nier.

Est-ce pour cette raison qu'elle s'en tire avec quatre ans de prison et 5.000 francs d'amende ? Ce n'est en effet pas cher payer un homicide volontaire (sur le fœtus) et un homicide par imprudence (sur la mère). On voit journellement des médecins jetés en prison préventive pour deux ou trois mois sur de simples soupçons qui se révèlent par la suite sans fondement, et relâchés comme à regret.

Pour un forfait de cette nature, un médecin eût été condamné à des peines plus fortes et l'Ordre l'aurait, par surcroît, rayé de son tableau.

Pourquoi les tribunaux sont-ils moins sévères aux matrones qui sont tout aussi coupables et tout de même socialement plus dangereuses ?



Les médecins conseils des Caisses d'assurances sociales ont besoin de renseignements techniques pour remplir leur office. Certains ont cru pouvoir écrire au médecin traitant pour les obtenir ; celui-ci depuis la loi du 27 mai 1941 et l'arrêté du 16 novembre 1942, sans être tenu de les fournir, peut le faire sans violer le secret professionnel : il faut, cependant, que les médecins conseils ne prennent pas l'habitude de faire du contrôle par correspondance, et assurent à cette correspondance des garanties de discrétion. Or voici qu'on nous signale que certains contrôleurs demandent les renseignements par *téléphone*. Le médecin n'a même plus la garantie de la qualité de son correspondant. Si cette pratique regrettable n'était pas étouffée dans l'œuf, bientôt n'importe quel scribe, plus ou moins mandaté, se croirait habilité à questionner les médecins traitants.

La Caisse de Prévoyance d'un service public a pris, nous rapporte-t-on, le pli de faire son contrôle en s'adressant au malade : « Dans votre propre intérêt, dit-elle, expliquez-nous à quoi correspond telle notation portée par votre médecin sur la feuille de maladie. »

Le procédé n'est pas d'une déontologie parfaite. Il paraît que les médecins contrôleurs qui y recourent ne l'ignorent pas, mais qu'ils s'y tiennent par raison de commodité : le malade leur répondant, disent-ils, à peu près dans tous les cas ; le médecin traitant presque jamais.

De fait, le médecin traitant n'est pas tenu à répondre à une telle question venant du médecin contrôleur.

Il serait souhaitable qu'il le fît au moins dans les circonstances exceptionnelles actuelles... Hélas ! les fautes de manœuvre que nous signalons ne sont pas de nature à détendre l'atmosphère des relations médecins-conseils, médecins-traitants. Qui le regrettera plus que nous ?



CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1464. — Hospitalisation de blessés du travail en clinique privée.

Dans quelles conditions peut-on accepter dans une clinique privée les accidentés du travail ? Certaines compagnies d'assurances ont, en effet, la prétention de m'imposer le même tarif que celui de l'hôpital.

A la suite de divers ennuis, j'avais écrit à plusieurs compagnies d'assurance pour les informer qu'il m'était impossible d'accepter les accidentés du travail à ce tarif, que ceux qui voulaient être hospitalisés en clinique paieraient un supplément pour les frais d'hospitalisation. Il m'est, en effet, impossible dans les conditions actuelles d'accepter le tarif d'hospitalisation extrêmement bas qu'ont les accidentés du travail.

Je vous transmets la copie d'une des réponses qui m'a été faite où il est dit que le supplément des frais de séjour ne saurait être à la charge ni de l'employeur ni de l'employé.

Dr H.

Réponse

Votre lettre a retenu toute notre attention car elle pose une question délicate que nous avons déjà eu à trancher pour certains de vos collègues récemment.

La position prise par les compagnies d'assurances est en principe exacte et conforme aux textes légaux. Il résulte, en effet, de l'article 4 *paragraphe* 9 *de la loi du* 9 *avril* 1898 *modifiée par celle du* 1er *juillet* 1938 *(et applicable actuellement aussi bien dans le domaine agricole que dans le domaine industriel) qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement* public, *l'employeur est* seul *tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux ou chirurgicaux dus aux médecin et chirurgien, conformément au tarif de responsabilité patronale fixé à l'alinéa* 9. *Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée, dont les taux et conditions sont plus élevés que dans un établissement hospitalier public,* « *l'employeur,* seul tenu *au* rembour*sement des frais, ne le sera que* dans les limites du tarif des établissements hospitaliers publics ».

De ce texte, il résulte que les obligations du patron ou de la compagnie d'assurances substituée, sont les mêmes, que l'hospitalisation ait lieu en clinique privée ou à l'hôpital public. Ces obligations comportent d'une part le paiement des frais d'hospitalisation, conformément au prix de journée fixé, et d'autre part le paiement des honoraires médicaux et chirurgicaux sur les bases du tarif des accidents du travail, fixé par l'arrêté minstériel du 5 *mai* 1939, *majoré de* 50 % *par l'arrêté du* 17 *mars* 1943. *Nous vous rappelons que les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus au présent arrêté pour les soins à domicile ou au cabinet privé du médecin (art.* 30 *de l'arrêté ministériel).*

Il résulte également de ce texte que l'employeur est seul *tenu, autrement dit que l'accidenté n'a à supporter aucune participation dans les frais d'hospitalisation ou les honoraires médicaux ou chirurgicaux. En effet, une double conséquence de la réforme opérée le* 1er *juillet* 1938 *a été d'introduire, dans le régime des soins aux accidentés du travail, le tiers payant obligatoire et de supprimer l'action personnelle et mobilière de droit commun du médecin contre l'accidenté que la jusrisprudence de la Cour de Cassation lui reconnaissait autrefois.*

Au reste, cette action n'existait que dans le cas des

soins au cabinet du médecin ou au domicile du malade, et l'article 4 paragraphe 3 ancien s'exprimait d'une manière assez semblable à l'article actuel : « Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif... ».

Nous étions et sommes donc bien, en matière d'hospitalisation, sous un régime de tarif limitatif avec tiers payant obligatoire.

Est-ce à dire que nous soyons pour cela complètement désarmés et que vous soyez obligé de vous contenter du tarif ministériel ? Nous ne le pensons pas.

En effet, sous le régime antérieur de la loi du 9 avril 1898, la Cour de Cassation avait institué une jurisprudence qui permettait, malgré les dispositions précitées, l'établissement de rapports entre le médecin et le chef d'entreprise sur les bases du droit commun.

Toute la difficulté, au point de vue juridique, résidait dans le point de savoir s'il était permis aux deux parties (médecin et chef d'entreprise) de déroger par leurs conventions particulières aux dispositions de la loi sur les accidents du travail qui, comme toutes les lois sociales, est d'ordre public.

Cette loi contient, en effet, une disposition (art. 30) écartant, en principe, la liberté des conventions. Examinant le problème à l'occasion de l'hospitalisation d'un accidenté dans une clinique privée, alors que le directeur de l'usine s'était engagé à l'égard du médecin sur les bases du droit commun, la Chambre des Requêtes de la Cour suprême a décidé que si les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail sont d'ordre public et si la liberté des conventions a été écartée par l'article 30 « cette prohibition doit être restreinte aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès ou d'infirmité permanente et aux règles de compétence et de procédure édictées par la loi ; elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques ». (Cass. Req., 28 avril 1926, D.H. 1926-298).

Il résulte de ce même arrêt que l'engagement du chef d'entreprise vis-à-vis du médecin n'a nul besoin d'être exprès et qu'il peut être tout simplement déduit des circonstances de fait de l'hospitalisation par le juge du fond qui possède, en cette matière, un souverain pouvoir d'appréciation. Cette jurisprudence s'est confirmée dans la suite et nous pouvons vous citer dans le même sens un jugement du Tribunal de Commerce de Saint-Etienne du 30 septembre 1930 ; Cour de Dijon, 23 juillet 1930 Tribunal Civil d'Annecy du 17 juillet 1937 (affaire Gay contre Chemins de fer économiques du Nord).

Cette jurisprudence peut être considérée comme ayant conservé sa pleine validité sous le régime actuel. En effet, si les dispositions de l'article 4 ont été modifiées par la loi du 1er juillet 1938, ces modifications portent uniquement sur le mode de calcul des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux et chirurgicaux, mais ne changent nullement le principe des rapports entre le chef d'entreprise, l'accidenté et le médecin.

Dans ces conditions, le mieux serait pour vous de faire connaître au chef d'entreprise qui vous envoie un accidenté du travail à hospitaliser dans votre clinique, que vous entendez traiter avec lui sur les bases du droit commun et que vous rejetez l'application de la loi du 9 avril 1898. L'idéal serait que vous obteniez un accord formel du chef d'entreprise sur ces bases. Mais si l'hospitalisation a lieu, le chef d'entreprise prévenu, et si ce dernier ne fait aucune objection, l'existence d'un accord sur ces bases pourra être présumée par le Tribunal auquel l'affaire viendrait à être soumise. Bien entendu les obligations de la compagnie d'assurances ne seraient en aucune mesure modifiées par ces accords qui lui sont étrangers.

Elle resterait tenue à l'égard du chef d'entreprise ou de vous-même au simple versement des prestations légales prévues dans le contrat la liant avec lui, mais ce dernier devrait vous verser le complément entre le tarif ministériel et le tarif de droit commun.

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

ASSURANCES SOCIALES.

2364. — **Le paiement des ordonnances n'est pas une question d'ordre médical.**

1° Je vous adresse, en communication, une lettre de la Caisse X... Il me semble que les ordonnances (frais pharmaceutiques) afférents à une opération chirurgicale ne sont pas compris dans l'acte (nomenclature en K) et doivent être remboursés. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis (faut-il réclamer à la Caisse ?).

2° Dans le numéro du 15 avril 1944 du *Concours* à la question 199 posée dans la Correspondance : « Ablation de kystes sébacés multiples », je vois votre réponse :

« *a*) Je ne vois nulle part inscrite l'ablation d'un petit kyste sébacé du cuir chevelu. Par analogie on pourrait mettre PC 2 comme pour ouverture d'abcès superficiel ou d'hématomes ;

b) Ne pas oublier que lorsque l'on fait plusieurs interventions en une même séance on compte la première à plein tarif, la deuxième à demi-tarif et rien au-dessus de deux actes. »

Là-dessus, mon cher confrère, je me permettrai de ne pas être de votre avis. En effet, la même question se pose pour l'une de mes clientes.

Dans la nomenclature actuelle pour de semblables opérations, je compte K 20. En effet, l'ablation de tumeurs sous-cutanées est comptée K 20. Il y aurait lieu de compter K 20 pour le premier kyste, K 10 pour le second, K 10 pour le troisième, puisque en sommes en K le nombre d'actes par séance n'est pas limité. Par contre, dans la nouvelle nomenclature l'ablation d'une petite loupe est comptée H 6, une grosse est cotée H 10 (il s'agit de la nomenclature mort-née).

Actuellement le médecin profite d'une imperfection de la nomenclature : K 20 est gros pour une intervention pratiquée très rapidement. Par contre PC 2 est très insuffisant.

Il faut : *a*) anesthésie locale, *b*) incision de la peau, *c*) dissection du kyste, *d*) suture de la peau.

Quel est votre avis en la matière ?

3° Que compter en assurances sociales, pour la section du filet sub-lingual chez le nourrisson ?

Dr H.

Réponse.

1° *Il est hors de doute que les ordonnances effectuées par un médecin au sujet d'une intervention chirurgicale quelconque ne sont jamais comprises dans l'acte global. Elles doivent d'ailleurs être payées non au médecin (ce qui serait pour celui-ci de l'exercice illégal de la pharmacie) mais au pharmacien fournisseur ;*

2° *Il n'est nullement parlé en K 20 des « loupes » ce qui est précisément le cas des petits kystes sébacés dont vous parlez. Il n'est fait mention que de « petits cancroïdes et lipomes » ce qui est une toute autre affaire ;*

3° *La section du filet de la langue n'est pas l'objet d'une tarification particulière.*

Dr F. Decourt.

1724. — **Scarification d'un lupus.**

J'abuse peut-être de votre obligeance en vous

demandant quelle notation je dois porter au titre des Assurances (sociales nomenclature en cours et prochaine nomenclature que je ne connais pas) pour traitement par scarifications du lupus.

Je ne trouve pas d'indications concernant cette intervention car je ne pense pas qu'on puisse l'assimiler à une ventouse scarifiée, il faut un autre doigté pour pratiquer ce traitement. Alors comme je n'aime pas beaucoup discuter avec les Assurances sociales je serais très heureux de pouvoir me retrancher derrière votre avis autorisé.

Dr C.

Réponse

Dans la Nomenclature en cours (en attendant la nouvelle) je ne vois que : « scarification région oculaire : Oph. K 3 ».

Dans la Nomenclature « mort-née » je vois page 20 : *« Cautérisation chimique ou galvanique ou étincelage (sauf les étincelages avec application de liquide de Bonain pour lupus)* : C 1. *Enfin dans la même Nomenclature mort-née, je lis à la page* 65 : *« Coagulation ou étincelage pour* lupus *avec anesthésie ou Bonain, chaque séance (avec maximum de dix sauf entente avec le contrôle médical)* : H 3.

Vous pourriez, au besoin, en attendant la parution de la nouvelle Nomenclature (qui ne saurait trop tarder maintenant, je l'espère) vous baser sur la Nomenclature « mort-née » pour une entente à l'amiable *avec le médecin-conseil de la Caisse intéressée.*

Dr F. Decourt.

DEMANDES ET OFFRES

N° 152. — Famille bien sous tous rapp. prendr. en pens. enfants de 2 à 12 ans, 700 fr. par mois. Bonne nourrit., bons soins. 70 km. de Paris. Ecr. au journ. qui transmettra.

N° 153. — Recherche lampe U.V. ou appareil bon état. Perrichet, 3, square du Tarn, Paris.

N° 154. — Recherche app. Kuss pneumothorax, gr. mod. Ecr. journ. qui transmettra.

N° 155. — Méd. pro-pharm. demande remplaç. durée un an minimum. région Touraine. Ecr. journ. qui transm.

N° 156. — Il est demandé une infirmière aide-radiol. Ecr. en indiqu. référ. au Directeur Hôpital Evreux.

N° 157. — A v. Orthop. et tuberc. chirurg. de Roederer 100 fc. Endocrin. et états endrocino-sympath. de A.-G. Guillaume (2 tomes) 150 fc. Urologie de P.-R. Flandrin, 50 fc. contre remb. port en sus. Ecr. Dr Taillard, boîte postale 56, Bourg-en-Bresse (Ain).

N° 158. — J. chirurg. évacué, demande pl. assist. aupr. confr. clinique ou hôpital, chirurgie gynécol. en vue perfect. ou collab. éventuelle.

N° 159. — Vve de notaire accepter. de trav. chez un médec. (récept. de la client., écritures).

N° 160. — Rech. polygraphe Boulitte. Indiq. modèle et prix. Dr Castelnau, clinique Beausoleil, à Cannes.

N° 161. — A v. side-car ét. de nf pour vélom. Motobécane. Dr Barrier, à Bresles (Oise).

N° 162. — A céd. ou à déf. cherche remplaçant, cause décès, gros poste rural. S'adr. Mme Glaude, à Lyons-la-Forêt (Eure).

N° 163. — 2 heures de Paris. Urg. rais. santé. Cabin. cœur, vaiss., foie, consult. exclus. peu fatigu. et gr. rapp. unique 4 départ. et suscept. augment. au retour des commun norm. Loyer modéré. Ecr. journ. qui transmettra.

Gérant : J. Mignon
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 3e trimestre 44
G. Blanchong & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
N° d'autorisation : 77 N° au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE — Nos 32-33 — 30 JUILLET 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-3'

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

Les autorités compétentes viennent, en raison de la gravité du problème de l'alimentation de la capitale en énergie électrique, de décider la suspension pendant la durée des vacances de tous les périodiques, à quelques rares exceptions près. Nous nous excusons donc auprès de nos abonnés de ne pouvoir leur faire parvenir le numéro du 15 *août.*

En ce qui concerne les numéros suivants, nous effectuons des démarches, dont nous ne pouvons encore préjuger du succès. Nous nous efforcerons, qu'on le sache bien, de réduire au minimum la durée de l'interruption qui nous est imposée par la force majeure. Le « Sou Médical » *lui, continue : écrivez-lui.*

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat en médecine (places vacantes le 15 avril 1945) s'ouvrira le 12 octobre 1944. Les inscriptions seront reçues à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du service de santé, tous les jours (samedis et dimanches exceptés), de 13 à 17 heures, du 5 septembre au 18 septembre 1944 inclusivement. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Les pièces suivantes doivent être présentées au moment de l'inscription : 1° certificat constatant les services d'externat, du 1er mai précédent au 1er octobre ; 2° certificats d'exactitude et de bonne conduite délivrés par les chefs des services et les directeurs des établissements auxquels les candidats ont été attachés en qualité d'externes ; 3° certificat de scolarité (onze inscriptions au moins) délivré par la Faculté de Médecine ; 4° s'il y a lieu, pour les bénéficiaires éventuels de majorations pour services militaires, feuille de renseignements (remise par le Bureau du service de santé, sur demande) à remplir.

Concours spécial pour la nomination à des places d'élèves internes en médecine. — Ce concours spécial sera réservé aux externes des hôpitaux de Paris en fonctions, issus des promotions 1938 et antérieures, n'ayant pris part à aucun des concours d'Internat ouverts depuis 1941, retenus au moins dix-huit mois en captivité et dont la qualité de prisonnier aura été reconnue par la Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers. Les inscriptions seront reçues du 7 au 18 août 1944, 3, avenue Victoria. La première épreuve du concours aura lieu le mardi 5 septembre 1944.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage), tous les jours, samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 15 à 17 heures.

Comité National de l'Enfance.

Au cours de sa Journée d'études du 29 juin dernier, le Comité, sous la présidence du Dr Lesné, a étudié le fonctionnement des consultations de nourrissons.

Il s'est efforcé de préciser le rôle et les conditions générales exigibles de ces consultations dans le but de coordonner et normaliser ce qui était laissé jusqu'ici à l'initiative des organisateurs.

En particulier ont été définies les règles concernant les formalités d'ouverture, le choix du personnel et des locaux, la tenue des fiches et des registres.

Les journées gynécologiques de Dax.

Ces journées, qui se déroulèrent dans la pittoresque cité thermale le 29 et le 30 mai, constituèrent en quelque sorte le couronnement du cours de perfectionnement qui avait eu lieu à Bordeaux durant toute la semaine précédente. Faisant une fois de plus la preuve de sa magnifique activité, le Pr Jeanneney, secondé par le Dr I. Bernard, malgré les difficultés inhérentes à l'heure présente, sut grouper avec ses collègues bordelais et d'autres membres éminents de diverses facultés françaises, un noyau intellectuel qui apporta à ces journées toute l'autorité de sa compétence. Sous les présidences successives de MM. les Prs Fontaine et Jeanneney, de M. le doyen Mauriac, de M. le Pr Delmas-Marsalet, de nombreux orateurs particulièrement qualifiés épuisèrent, dans la salle de l'Atrium, le programme chargé des diverses communications relatives aux grandes questions de la Gynécologie moderne. L'accueil réservé aux congressistes par la ville de Dax et la Société fermière fut pour beaucoup dans le brillant succès de ces journées. Le lundi, à 13 heures, un déjeuner réunissait autour de la même table, les notabilités de la ville de Dax et les congressistes. Dans une atmosphère de courtoise sympathie, des allocutions brillantes exprimèrent combien le but recherché par de telles réunions s'accordait avec le désir de chacun de voir l'activité intellectuelle de notre pays ne le céder en rien à celle des autres pays.

Prophylaxie antivénérienne.

Il est créé auprès du Comité départemental de lutte antivénérienne une *Commission médicale consultative* dont la composition est fixée comme suit :

a) *Membres de droit* : Les médecins spécialisés en dermato-vénérologie, membres du Comité départemental de lutte contre les maladies vénériennes : MM. Gougerot, B. Fey, Sézary, Degos, Demonchy, L. Périn, A. Vernes ; le directeur de l'Institut national d'hygiène ou son représentant ; M. Milian, représentant du Collège départemental de l'Ordre des médecins ; M. Hazemann, médecin-chef du Service médico-social de l'Office public d'hygiène sociale ; M. Spillmann, médecin-inspecteur de la Santé de la Seine.

b) 10 *membres nommés en raison de leurs titres* : les docteurs Durel, médecin de Saint-Lazare ; Georges Garnier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Gouverneur, chirurgien des hôpitaux ; Jausion, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-chef directeur des laboratoires de l'hôpital franco-musulman ; Paul Lefèvre, médecin-chef de dispensaire antivénérien ; Etienne Lortat-Jacob, chef de clinique ; Michon, chirurgien des hôpitaux ; Rabut, médecin de Saint-Lazare ; Touraine, médecin des hôpitaux ; Weissenbach, médecin des hôpitaux.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Blandine Hallé, quatrième enfant du Dr Guillaume Hallé, de Paris ; de Catherine Door, deuxième enfant du Dr Door, de Sully-sur-Loire (Loiret) ; de Brigitte Pellot, second enfant de M. Claude Pellot, interne des hôpitaux de Paris, et petite-fille du Dr Jean Pellot, d'Epernay ; de Didier Cuvéreaux, fils du Dr Maurice Cuvéreaux, de Châteauroux ; d'Hélène et de Dominique Vautier, deuxième enfant et troisième enfant du Dr Jean Vautier, des Sables-d'Olonne ; de Florence Devernoix de Bonnefon, fille du Dr R. Devernoix de Bonnefon, de Paris ; de Bertrand Mialaret, fils du Dr Jacques Mialaret, chirurgien des hôpitaux de Paris ; de Bernard Vannier, fils du Dr Pierre Vannier, de Liancourt (Oise) ; de Cécile et d'Anne Lacronique, deuxième et troisième enfants, jumelles, de M. Guy Lacronique, interne provisoire des hôpitaux, et petites-filles du Dr Gaston Lacronique, stomatologiste des hôpitaux ; de Monelle Marie-Coliez, deuxième enfant du Dr Jean Coliez, de Paris, médecin-chef de la Petite Roquette, petite-fille du Dr Maurice Coliez et nièce du Dr André Coliez.

Mariage.

Le mariage de M. Jean Mignon, administrateur du *Concours Médical*, avec Mlle Nadine Boisseau-Tresca, a été célébré mercredi 12 juillet 1944, en l'Eglise Saint-Jean-Baptiste, à Neuilly-sur-Seine.

Après la cérémonie, une nombreuse assistance, où nous avons reconnu nombre de nos confrères et de représentants des grands laboratoires pharmaceutiques, est venue, à la sacristie, féliciter les jeunes époux. A M. et Mme Jean Mignon, la direction du *Concours Médical* est heureuse d'adresser ses vœux les plus sincères de bonheur.

M. Jean Mignon est le fils du Dr Marcel Mignon, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris, et le neveu du Dr Henri Mignon, vice-président de la Mutualité familiale du Corps médical français, à qui nous adressons tous nos compliments.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Raoul Blondel, de Paris ; du Dr Valéry Delamare, ancien interne des hôpitaux de Paris, père du Dr Jean Delamare ; du Dr Albert Flurian, de Pauillac (Gironde). Nous apprenons le décès, à l'âge de 91 ans, du Dr Emile Mazand, d'Ailly-sur-Noye (Somme). Le *Concours Médical* adresse à sa famille ses sincères condoléances.

Le Concours Médical

Fondé en 1879 par A. Cézilly.
DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.

RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

ORDRE DES MÉDECINS

CONSEIL NATIONAL

Conférence de Presse

La traditionnelle conférence de presse qui suit chaque session a été tenue par le président Portes le 19 juillet dernier.

Cette dernière session a été limitée dans ses travaux du fait de l'absence de la plupart des membres provinciaux qui, par manque de moyens de transport, ne purent rejoindre Paris.

Le président rappelle que le Conseil National a maintenant un an d'existence. Il avait trouvé à son arrivée trois questions primordiales à résoudre : le code de déontologie, la nomenclature, la retraite. Toutes trois n'attendent plus que l'investiture officielle pour passer sur le plan des réalisations.

La nomenclature et la retraite ont pris l'aspect général que l'on sait.

Le code de déontologie est sorti des délibérations du Conseil d'Etat. Celui-ci se proposait primitivement de transformer la presque totalité du projet qui lui était soumis, voulant faire un code de règles juridiques et non de devoirs professionnels. Finalement le projet fut défendu de telle sorte que même les principes de la charte furent acceptés, mais avec des réserves pour leur application dans le domaine médico-social.

Les codes des sages-femmes et des dentistes sont entièrement rédigés et pourront, selon toute vraisemblance, entrer en vigueur à la rentrée.

Le règlement intérieur de l'Ordre a été adopté. Complété par le règlement d'administration publique fixant la procédure dans les Conseils régionaux, il permettra à ceux-ci et aux Conseils départementaux un travail utile.

La qualification des spécialistes actuellement pratiquant est en cours. Des contacts ont été pris avec l'Education Nationale pour préparer un enseignement valable des spécialités.

Le nombre des médecins sinistrés augmentant à une cadence alarmante, le Conseil National s'est résolu à demander à chaque médecin français une contribution de 200 francs à la Caisse de Compensation nationale, qui vient d'être créée. L'idée du Conseil National fut d'agir vite, et de ne pas se laisser arrêter par un respect inactuel des formes. Le président se réjouit que l'afflux des premières souscriptions atteste que le Corps médical français a compris l'intention du Conseil.

Enfin, la session se termina par des décisions entérinant certaines conclusions du Conseil restreint.

G. L.

Commission de Protection des Intérêts des Médecins prisonniers

Depuis sa fondation, la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers du Conseil National de l'Ordre des Médecins a pu satisfaire 325 demandes de livres faites individuellement par des médecins et 10 demandes générales faites par des lazarets de camps.

Il a été envoyé en tout : 951 ouvrages dont quelques-uns comportant plusieurs tomes.

Ces envois représentent une somme de 130.926 francs qui a été entièrement couverte par les dons généreux parvenus à la Commission.

Les envois ont été faits sans étiquettes par l'intermédiaire de la Croix-Rouge Française (Section Bibliothèque et Jeux).

(Communiqué.)

COMITÉ DE COORDINATION DES CONSEILS DE L'ORDRE DE LA RÉGION PARISIENNE

Le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre de la Région parisienne s'est réuni le 2 juillet 1944, à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence du Dr Tissier-Guy, vice-président.

La plus grande partie de la séance a été consacrée aux rapports du Corps médical de la région parisienne avec les Caisses d'assurances sociales d'une part, avec les sociétés de secours mutuels d'autre part.

La décision prise le 30 avril dernier par le Comité de Coordination, de rappeler aux médecins de la région parisienne, les stipulations de l'article 4 de la Convention Ordre des Médecins-Union des Caisses relatif aux honoraires, a eu les plus heureuses conséquences et a contribué à rendre encore plus confiantes que par le passé, les relations du Corps médical avec les représentants des Caisses. Le Comité de Coordination a enregistré avec satisfaction cette nouvelle amélioration de nos rapports avec les Caisses. Il espère que la grande majorité des médecins, chirurgiens et spécialistes, s'efforcera de faciliter la tâche des Conseils de l'Ordre en appliquant la convention dans son esprit et en ne demandant en général aux assurés sociaux de situation modeste que les honoraires minima fixés par l'Ordre.

Le Comité de Coordination a dû constater avec regret que les relations du Corps médical avec les sociétés de secours mutuels de la région parisienne n'avaient pas encore atteint le même degré de collaboration confiante et de compréhension mutuelle. Un grand nombre de sociétés de secours mutuels, pourtant composées en majorité d'assurés sociaux, n'acceptent pas encore la collaboration avec le Corps médical sur les mêmes bases que les caisses d'assurances sociales et se montrent réticentes à l'endroit des principes de la charte médicale. Le Comité de Coordination, désireux d'entretenir avec les sociétés de secours mutuels les mêmes bons rapports qu'avec les caisses d'assurances sociales s'efforcera dans les mois à venir de faire naître un climat meilleur dans le respect des intérêts légitimes des deux parties en cause.

Parmi les nombreuses autres questions traitées en séance, citons le compte rendu des réunions de la Commission consultative régionale hospitalière pour la fixation des honoraires pour les malades payants soignés dans les hôpitaux de la région parisienne.

Citons encore les questions relatives au fonctionnement parfois défectueux de la médecine du travail ainsi qu'aux projets de certains comités sociaux d'entreprise et de familles professionnelles.

(Communiqué.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

Communication de la Préfecture de police

Le Préfet de police rappelle aux médecins qu'ils sont tenus d'une façon très stricte de déclarer les cas de maladies contagieuses prévues par la loi, sur les cartes-lettres détachées des carnets à souches dont ils sont possesseurs.

(Ces carnets sont à leur disposition au Bureau d'Hygiène de la Préfecture de police, 11, rue des Ursins, Paris-4e.)

Il est rappelé d'autre part, que le feuillet B de ces cartes-lettres doit être remis par leurs soins à la famille ou à son représentant chargé de le remplir et de l'envoyer au maire de l'arrondissement ou de la commune.

(Communiqué.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté du 28 juin 1944 modifiant les cotisations dues par les maîtres de maison pour les assurances sociales.

ARTICLE PREMIER. — Les cotisations dues par les maîtres de maison pour les domestiques et gens de maison sont calculées sur la base d'un salaire forfaitaire annuel évalué comme suit, y compris la nourriture et les autres avantages en nature s'il y a lieu :

	Hommes	Femmes
Villes de plus de 30.000 habitants et département de la Seine	16.800 fr.	9.600 fr.
Autres communes	12.000 fr.	7.200 fr.

ART. 2. — Les cotisations ouvrières et patronales dues sur la base du chiffre de salaire fixé à l'article 1er sont les suivantes : (*Cf. tableau ci-dessous*).

ART. 3. — Les cotisations hebdomadaires ou mensuelles correspondent à des semaines ou des mois complets comprenant les jours ouvrables ou non. Pour les mois incomplets de travail, la double cotisation est calculée sur la base de la cotisation hebdomadaire et, éventuellement, pour les journées de travail en sus, sur la base de la cotisation journalière.

ART. 4. — Les dispositions du présent arrêté, qui abrogent toutes dispositions contraires, auront effet à compter du 1er juillet 1944.

(*J. O.*, 30 juin).

***

Arrêté du 28 juin 1944 modifiant les bases d'évaluation des avantages en nature pour les assurances sociales

ARTICLE PREMIER. — Les avantages en nature à considérer en vue de l'application de l'article 1er (§ 2) du décret du 28 octobre 1935 et de l'article 2 (§ 1er) de la loi du 6 janvier 1942 simplifiant le fonctionne-

TABLEAU PRÉVU PAR L'ARTICLE 2 CI-DESSUS

	Journalière			Hebdomadaire			Mensuelle			Annuelle		
	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total	Assuré	Employeur	Total
Villes de plus de 80.000 hab. et départ. Seine : Hommes	1 90	1 90	3 80	12 80	12 80	25 60	56 »	56 »	112 »	672 »	672 »	1.344
Femmes	1 10	1 10	2 20	7 40	7 40	14 80	32 »	32 »	64 »	384 »	384 »	768
Autres communes : Hommes	1 40	1 40	2 80	9 20	9 20	18 40	40 »	40 »	80 »	480 »	480 »	960
Femmes	0 80	0 80	1 60	5 60	5 60	11 20	24 »	24 »	48 »	228 »	228 »	576

ment des assurances sociales, sont évalués en se référant aux conventions collectives de travail, s'il en existe.

Art. 2. — A défaut de conventions collectives, les avantages en nature sont évalués forfaitairement comme suit : (Cf. tableau ci-dessous).

L'évaluation par semaine ou par mois s'entend des semaines ou mois complets comprenant les jours ouvrables ou non.

Art. 3. — Les chiffres fixés conformément à l'article précédent constituent des minima.

Les avantages en nature prévus à l'article 1er pourront, d'un commun accord entre les salariés et leur employeur, être évalués à des chiffres supérieurs.

Art. 4. — Les dispositions du présent arrêté, qui abrogent toutes dispositions contraires, auront effet à compter du 1er juillet 1944.

(*J.O.*, 30 juin.)

CASIER JUDICIAIRE

Loi du 30 *juin* 1944 *modifiant la loi du* 5 *aout* 1899 *sur le casier judiciaire.*

Article premier. — L'alinéa 4 de la loi du 5 août 1899, modifiée par les lois des 11 juillet 1900, 7 mars 1942 et 16 mars 1944 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Il l'est également aux administrations publiques de l'Etat dans un intérêt administratif, à la Société nationale des Chemins de fer français saisie de demandes d'emplois, *aux conseils régionaux de l'ordre des médecins, en vue de l'inscription de médecins, chirurgiens, dentistes ou sages-femmes au tableau de l'ordre, ou de l'exercice de poursuites disciplinaires*, aux conseils régionaux des pharmaciens en vue de poursuites disciplinaires, à l'association dite Légion des Volontaires français contre le bolchevisme en vue de son recrutement. »

(*J. O.* 4 juillet).

Tableau prévu par l'art. 2 ci-dessus	Nourriture			Logement			Avantages accessoires			Total		
	Jour	Sem.	Mois	Jour	Sem.	Mois	Jour	Sem.	Mois	Jour	Sem.	Mois
Villes de plus de 200.000 hab. et circonscr. industr. visées par l'arrêté du 14 janvier 1936 :												
Hommes	20 »	140 »	600 »	2 »	14 »	60 »	2 »	14 »	60 »	24 »	168 »	720 »
Femmes	18 »	126 »	540 »	2 »	14 »	60 »	1 »	7 »	30 »	21 »	147 »	630 »
Villes de 5.001 à 200.000 habitants :												
Hommes	18 »	126 »	540 »	1 25	8 75	37 50	1 75	12 25	52 50	21 »	147 »	630 »
Femmes	16 »	112 »	480 »	1 25	8 75	37 50	0 75	5 25	22 50	18 »	126 »	540 »
Autres communes :												
Hommes	14 »	98 »	420 »	1 25	8 75	37 50	0 75	5 25	22 50	16 »	112 »	480 »
Femmes	12 »	84 »	360 »	1 25	8 75	37 50	0 75	5 25	22 50	14 »	98 »	420 »



PARTIE SCIENTIFIQUE

HERNIE-ACCIDENT. — LES PREUVES

Par M. ROBINEAU
Chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

LE Concours Médical " du 1er avril 1944 a reproduit (page 193) la phrase suivante de la brochure publiée par la Fédération des Mutilés et Invalides du Travail sur la hernie-accident :

" Peu importe que ce soit au cours de l'exercice normal de la profession, peu importe que ce soit à la suite d'un effort même modéré que la hernie soit apparue ou qu'ait été ressentie la douleur causée par son apparition, peu importe également qu'il y ait chez la victime une prédisposition constitutionnelle, dès lors que l'effort a joué un rôle, si minime soit-il, dans l'apparition de la hernie. "

On ne saurait mieux dire ; mais cette traduction de la conception jurisprudentielle ne porte pas la plus petite atteinte à la question, encore discutée, de la hernie-accident.

Cependant " Le Concours Médical " estime que la tendance ainsi imprimée à la jurisprudence ne laissera vraisemblablement au patron qu'un " recours de pur style ".

En réalité, il n'en est rien.

***

Comme l'expose clairement la brochure en question, la jurisprudence est basée sur l'arrêt fondamental de la Cour de Cassation, toutes Chambres réunies, du 7 avril 1921 :

" Toute lésion qui se produit dans un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident. "

Cet arrêt a institué la présomption d'origine ; pour en bénéficier, l'ouvrier doit faire la preuve :

a) D'un accident ; ici un effort ;

b) De la production soudaine d'une lésion dans cet accident ; ici la hernie.

L'étude des dossiers des hernieux nous apprend que la preuve de l'accident est bien loin d'être toujours rapportée ; elle apprend surtout que la preuve de la production de la hernie dans cet accident n'est jamais faite, à l'exception près.

Il ne faut pas se payer de mots : l'ouvrier allègue, sans toujours le démontrer, qu'il a été pris d'une douleur soudaine, pendant son travail ; mais la douleur n'est pas une " lésion " ; la lésion, c'est la hernie. Il n'est pas permis d'assimiler l'apparition brusque de la douleur-symptôme, même si elle a été réelle, à la production soudaine de la hernie-lésion ; en effet, la douleur n'est pas nécessairement causée par l'apparition de la hernie, bien au contraire.

L'assimilation de la douleur à la hernie, encore acceptée avec trop de légèreté par beaucoup de médecins et d'experts, est fausse. On s'en rend parfaitement compte quand un hernieux par accident présente, du côté opposé, une hernie constituée qu'il ne soupçonne pas, parce qu'elle n'a pas encore provoqué de douleur. Or la bilatéralité des hernies inguinales est d'une fréquence extrême ; la proportion est de 81,3 % d'après la statistique de Berger qui porte sur 5.568 cas.

En tout état de cause, le bénéfice de la présomption d'origine n'est pas systématiquement accordé au hernieux. Par exemple, à Saint-Etienne, fief de la Fédération des Mutilés, par trois jugements récents (19-11-1943, 29-12-1943 et 9-3-1944), le Tribunal a débouté l'ouvrier parce qu'il n'avait pas rapporté la preuve que sa hernie s'était produite dans l'accident incriminé. Ce moyen de défense, dont dispose le patron, n'est donc pas sans valeur ; il lui appartient de l'utiliser le cas échéant.

***

D'après l'arrêt de Cassation, le patron est en droit de faire la preuve contraire, et ce droit ne peut pas lui être dénié.

Le Tribunal de Dunkerque et la Cour de Douai avaient refusé au défendeur le droit de faire en expertise la preuve contraire. Par arrêt du 20 avril 1942, la Chambre civile de la Cour de Cassation a cassé l'arrêt de la Cour de Douai.

La leçon a porté : dans deux espèces récentes, la Cour de Douai a infirmé deux jugements ordonnant une expertise pour fixer l'incapacité résultant d'une hernie, sans permettre au défendeur de faire la preuve contraire.

Dans l'une de ces espèces, le Dr Andrès avait dans son rapport d'expertise admis la thèse présentée par M. Cocral pour le défendeur. La Cour de Douai s'en est émue ; elle a dit :

" Attendu que la théorie admise par l'expert Andrès bat en brèche tout ce qui a été enseigné sur la hernie et sa provocation. "

Et pour se renseigner plus exactement, elle a confié une nouvelle expertise aux Prs Leclercq, Muller et Vielledent, de Lille.

Après dépôt du rapport, la Cour de Douai, dans son arrêt du 2 février 1943, a débouté le demandeur pour ces motifs :

" Attendu que les experts n'hésitent pas à déclarer que la hernie dont est atteint L... est sans aucun rapport avec l'accident, et que la douleur éprouvée résulte de la striction des piliers entre lesquels était déjà engagée une pointe de hernie préexistante, que c'est cette douleur qui a fait connaître à l'ouvrier qu'il était porteur d'une hernie.

" Attendu que les appelants ont donc fait la preuve contraire qui leur incombait, la hernie en question étant, de façon absolue, étrangère au travail ; qu'il s'ensuit que le travail n'a été ni

la cause, ni l'occasion de la hernie, et que L... doit être débouté de sa demande. "

Cet exemple pris parmi bien d'autres est particulièrement typique ; il dissocie parfaitement la douleur-symptôme de la hernie-lésion.

La preuve contraire résulte des constatations cliniques de l'expert, des moyens mis en œuvre par le mandataire du défendeur au cours de l'expertise, et de présomptions graves, précises et concordantes découlant des données nouvelles fournies par l'expérimentation scientifique. Ces points ont été exposés dans " Le Concours Médical " (10-11-1940, 4-5-1941, 15-6-1941, 12-10-1941, 21-2-1943).

D'après l'examen de nombreux dossiers provenant de plusieurs sources, la preuve contraire a été tenue pour rapportée dans 86 % des litiges soumis aux tribunaux. Dans le relevé des décisions juridiques rendues au cours des quatre derniers mois pour une seule compagnie d'assurances, je trouve onze cas de hernies : un ouvrier (à Saint-Etienne) s'est vu allouer une rente ; les dix autres ont été déboutés.

Les faits montrent donc que le recours du *patron* n'est pas de " pur style " ; il lui suffit de vouloir l'exercer et d'utiliser les moyens que la loi met à sa disposition. Sans doute il échouera s'il tombe sur certain expert, qui s'est créé une théorie personnelle diamétralement opposée à la doctrine chirurgicale, et qui décrète sans examen sérieux que toutes les hernies sont causées par un accident.

De tels experts sont de plus en plus rares ; ils feraient bien de se pénétrer d'abord du rôle qu'ils ont à remplir :

" La mission de l'homme de l'art consiste uniquement dans des constatations et des appréciations d'ordre exclusivement technique, que le juge ne pourrait faire, ni formuler lui-même " (Cour de Paris, 18 avril 1931).

Ensuite, ils devraient méditer ces deux citations :

" La simulation joue un rôle absolument capital dans les accidents du travail " (Imbert, Oddo et Chavernac, Guide pour l'évaluation des incapacités, 1923, p. 490).

" La hernie est presque toujours une maladie, c'est-à-dire une affection spontanée et progressive ; il est contraire au bon sens d'en mettre les conséquences à la charge du patron sous prétexte qu'elle a eu la mauvaise idée de se manifester pendant que l'ouvrier était à son service " (Pr Imbert, Les Accidents du travail, édit. 1939, p. 276).

Imbert a eu soin de dire se manifester, et non pas se produire.

TRAITEMENT MÉDICAL ACTUEL DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Par Edouard A. PERIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Tous les médecins signalent le grand nombre *d'ulcères gastro-duodénaux rencontrés*; tant à l'hôpital qu'en clientèle. Cette augmentation est-elle en rapport avec les conditions alimentaires actuelles ? C'est possible, cependant elle avait déjà été signalée avant la guerre.

En tout cas, elle n'est sans doute pas étrangère à la fréquence des articles sur le traitement médical de ces ulcères ; il faut y ajouter également la raréfaction ou la disparition de certains produits (tels le bismuth), qui ont entraîné les chercheurs vers d'autres voies.

Ce sont ces nouvelles thérapeutiques que nous voudrions exposer brièvement.

Nous étudierons successivement les médications per os, injectables, la pyrétothérapie et les Infiltrations novocaïniques de la chaîne sympathique.

Le meilleur produit de remplacement du bismuth serait, pour Rachet, Busson et Rosey, le bioxyde de Titane ; donné à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour avant les repas, il atténuerait fortement les douleurs et abrégerait la durée de la crise. Dénué de toute toxicité, ce sel se montre légèrement constipant et blanchit les selles, il serait par contre peu efficace dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, à l'encontre des carbonates de chaux et de magnésie. Moutier attribue les bons effets du titane à l'hypermyxie provoquée, qu'il aurait constatée deux fois à la gastroscopie.

Néanmoins l'activité antialgique ne saurait se comparer à celle du sous-nitrate de bismuth.

A l'étranger, continuant la classique cure atropinée et un régime végétarien et cellulosique, de façon à lutter contre la constipation habituelle au cours de la crise ulcéreuse, Eppinger y ajoute un lavage quotidien de l'estomac avec une solution hypertonique de glucose (500 cm³ à 15 %) qui appauvrirait l'estomac en Na Cl.

De même K. Secher guérit en trois semaines par tubages répétés les ulcères gastriques, à l'exclusion des ulcères duodénaux. Ces deux méthodes ne sont pas toujours très faciles à appliquer.

***

Parmi les différentes substances préconisées par voie parentérale, les hormones cristallisables ont été les plus étudiées et parmi elles la folliculine.

Dès avant la guerre de nombreux auteurs, en majorité de langue allemande, avaient remarqué que la grossesse pouvait améliorer, sinon guérir, les ulcères G.D., de même que la transfusion de sang féminin aux ulcéreux masculins.

Focker apporte vingt-cinq cas, et Schittenhelm von Loewenstein, quatre-vingts. Leurs malades reçurent quinze injections de 1 milligramme de benzoate d'œstradiol, quotidiennes, puis biquo-

tidiennes, accompagnées chez les hommes de deux injections hebdomadaires de 5 milligrammes de testostérone afin de prévenir les réactions mammaires douloureuses. En France Albot, Beaujard et Ycre, sur dix-sept malades, notent six succès sur douze ulcères duodénaux, et deux, sur cinq gastriques, uniquement chez les sujets masculins; ils conseillent la folliculine comme traitement de fond chez les hommes porteurs d'un ulcère datant de moins de deux ans. Au contraire Girard et Papillon, sur neuf cas, ont amélioré surtout les sujets de sexe féminin.

Mais la vaso-dilatation provoquée par la folliculine peut entraîner des hémorragies par hyperémie, et Lambling estime que cette méthode n'est pas à l'abri de tout danger.

Montier a constaté un cas d'impuissance totale avec eunuchisme et la rejette.

En réalité, comme le remarquent Chiray, Mollard et Maschas, il faut choisir ses cas. La folliculine n'agirait que chez les sujets présentant un syndrome d'hypertestotéronie, dont la recherche est assez délicate (anxiété, hyperactivité intellectuelle, abattement moral, présence en excès de corps cétoniques dans l'urine, etc.).

En tout cas cette méthode devient de plus en plus difficile à appliquer devant la raréfaction actuelle des produits hormonaux.

Signalons également que Kohler et Fleckenstein ont guéri dans un court délai onze ulcéreux grâce à des injections d'hormone cortico-surénale synthétique, produit par ailleurs extrêmement coûteux.

Dès avant guerre, R. A. Gutmann avait insisté sur la valeur thérapeutique d'une solution de protéine solubilisée injectée à doses croissantes par voie endoveineuse et qui, entraînant une réaction fébrile, atténuait ou supprimait les phénomènes conjectifs périulcéreux.

La raréfaction de ce produit a incité Albot, Libaude et Tricard à essayer un autolysat neurtrope de staphylocoque et de B. prodigiosus dilué dans de l'hyposulfite de Na et injecté également à dose croissante dans les veines au rythme de dix-huit injections.

Nous-mêmes, nous inspirant des travaux de notre maître Jacques Decourt, avons tenté la pyrétothérapie soit par le Dmelcos intraveineux, soit par le vaccin antigonococcique Pasteur. Sur une dizaine de cas, nous avons obtenu de violentes réactions fébriles, qui ont souvent commandé l'arrêt du traitement, mais peu de satisfactions.

***

Il était tentant d'essayer d'interrompre la crise ulcéreuse par l'anesthésie novocaïnique de la chaine sympathique.

On peut pratiquer soit des infiltrations échelonnées de D 8 à L 1, soit une anesthésie des splanchniques au niveau du disque D 12-L 1.

Cinquante-sept ulcéreux ont été ainsi traités et rapportés à la Société de Gastro-Entérologie par différents auteurs (Perier et Faurel, Albot et Libaude, Lannegrare-Parturier); les auteurs s'accordent pour constater le peu d'action sur les modifications radiologiques et sur l'évolution du rythme et des poussées. Par contre, dans à peu près la moitié des cas, la crise semble arrêtée ou très diminuée après deux ou trois injections; celles-ci sont pratiquées en moyenne deux fois par semaine. Il ne semble pas y avoir intérêt à en faire plus de six, d'autant plus qu'elles sont parfois assez douloureuses.

Farny et Arnous notent cinq échecs sur sept cas et estiment qu'il est presque impossible d'affirmer que la technique a été rigoureuse en l'absence de test précis.

Se basant sur les résultats favorables des infiltrations, Perier et Fauvel ont fait pratiquer trois splanchnicectomie pour ulcères haut situés de la petite courbure : un bon résultat, un médiocre, un nul.

La novocaïne a été également injectée par voie intrapéritonéale. Auguste et Héraud ont soulagé dix-neuf malades sur trente-huit par cette technique facile et inoffensive, à condition de n'employer que des solutions aqueuses (20 cm³ à 2 % par exemple), les solutions huileuses peut-être un peu plus efficaces n'étant pas toujours parfaitement tolérées.

***

A ces médications de la cure ulcéreuse est venue s'ajouter une thérapeutique des ulcères évolués par le Ferriscarbone. Préconisé dans le traitement des cancers avancés de l'estomac par les auteurs lyonnais, le Ferriscarbone ou complexe ferrique de *l'acide dicétogulonique* en combinaison sodique a été appliquée par J. Dubarry dans neuf cas d'ulcères calleux.

La poudre dissoute dans 10 cm³ de sérum glucosé isotonique est injectée par voie endoveineuse (dix à vingt injections), trois jours consécutifs, puis un jour sur deux. Les injections, absolument sans danger, agissent moins sur l'ulcère lui-même, que sur les tissus infiltrants périulcéreux. Chez des malades non soulagés par d'autres traitements, l'action fut remarquable à la fois sur la douleur et les images radiologiques; d'autre part la reprise du poids et des forces, une certaine euphorie furent constatés chez tous les malades.

Ce traitement a la valeur d'un véritable test, dans le cas où la malignité peut se discuter; il peut rendre opérable de vieux ulcères adhérents et apaiser leurs algies en leur faisant perdre leur caractère continu.

***

Que peut-on conclure de ces différentes méthodes? Simplement que la variété des traitements indique qu'il n'en existe malheureusement pas de spécifique.

Nous nous permettrons d'exposer brièvement notre conduite personnelle basée sur l'étude de plus de deux cents ulcéreux suivis depuis 1941 à notre consultation de l'hôpital Tenon.

1° Malade vu au moment de la crise.

Nous conseillons une série d'injections endo-

veineuses quotidiennes d'un mélange de 10 cm³ de Na Br à 10 % et d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine, méthode dont Montier est venu confirmer tout récemment l'efficacité à la Société de Gastro-Entérologie.

Nous y adjoignons la prise orale d'une poudre, contenant un mélange de sulfate de baryte précipité et d'oxyde de titane.

En outre, régime lacté intégral et repos sinon au lit, du moins à la chambre.

Nous revoyons le malade au bout de huit jours.

S'il n'existe qu'une accalmie insuffisante ou d'emblée, si le sujet désire continuer son travail nous conseillons les infiltrations splanchniques à raison de trois fois par semaine.

Comme tous les traitements antiulcéreux, les résultats sont meilleurs en cas d'ulcères gastriques que duodénaux.

2° Traitement de fond entre les crises.

Nous ne sommes pas absolument convaincus de sa nécessité, néanmoins peut-être les crises sont-elles plus espacées lorsque le malade veut bien suivre les directives suivantes :

1er mois : 1 comprimé de vitamine B aux deux repas pendant dix jours ;

2e mois : 1 comprimé de vitamine C ;

3e mois : 10 injections sous-cutanées d'un soluté isotonique de bichlorhydrate d'histamine, à raison d'une tous les deux jours et à dose progressive allant de 0 γ 01 à 5 γ, cures à renouveler les deuxième et troisième trimestre en ne pratiquant que cinq injections d'histamine à 10 γ.

Repos thérapeutique le quatrième mois.

Régime normal avec exclusion des épices, des boissons alcoolisées et du tabac à jeun.

3° Le contrôle radiologique.

Le pratiquer chaque trimestre la première année, chaque semestre les années suivantes.

Les modifications du bulbe duodénal sont assez peu apparentes, même en l'absence de toute douleur.

Par conséquent, lorsqu'on désire apprécier la valeur d'un nouveau traitement, le seul critère de guérison est fourni par la disparition d'une niche de la portion verticale de la petite courbure tant aux rayons X qu'à l'endoscopie (Lambling).

4° Les indications opératoires.

Doivent bénéficier du traitement chirurgical

Les ulcères antro-pyloriques ;

Les ulcères rapidement sténorants de la petite courbure ;

Les ulcères hémorragiques, c'est-à-dire ceux dont l'hémorragie se répète, car il est assez fréquent de noter, dans les antécédents des ulcéreux, une hémorragie haute ou basse, datant de cinq ou dix ans et qui ne s'est jamais reproduite ;

Les ulcères résistant au traitement médical, c'est-à-dire une bonne moitié des ulcères duodénaux ;

Les ulcères, quel que soit leur siège, avec forte hyperchlorhydrie persistante.

Ajoutons que la notion d'un travail de force nous rend plus tôt interventionniste, car l'accalmie médicale demeure souvent de courte durée.

Enfin la notion d'âge ne doit pas nous empêcher de confier le malade au chirurgien ; nous avons fait opérer en 1942, par A. André Sicord, un malade de 76 ans à qui un ulcère pylorique, datant de douze ans, rendait la vie intenable ; la gastrectomie fut parfaitement supportée et le malade contrôlé régulièrement dit recommencer une nouvelle existence, indolore cette fois.

Quant à la tactique opératoire, nous l'abandonnons entièrement au chirurgien qui saura prendre ses responsabilités, en particulier lors d'ulcères très adhérents, dont l'éxérèse s'avère extrêmement délicate.

LE SYNDROME D'ADIE

(ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE)

Par le docteur Etienne GINESTOUS (de Bordeaux)
Lauréat de l'Institut, médecin ophtalmologiste
expert près les Tribunaux

Le syndrome connu sous le nom de Syndrome d'Adie, qui dans un important mémoire en a donné une étude détaillée (août 1931) (1), serait plus équitablement dénommé par droit d'antériorité Syndrome de Weil et Reys (2) qui, les premiers, l'ont décrit.

Il est caractérisé par cet ensemble de symptômes :

1° des troubles pupillaires particuliers, habituellement unilatéraux constituant la pupille tonique : absence apparente du réflexe photomoteur, lenteur de la réaction accommodation-convergence ;

2° Abolition des réflexes tendineux des membres ;

3° Etiologie non syphilitique.

Depuis ces publications initiales, de nombreux faits de Syndrome d'Adie ont été rapportés et des travaux importants en ont entrepris l'étude, notamment ceux de Guillain et Sigwald (3), d'Henri Lagrange et Mme Anne-Marie Lagrange (4), Th. Alajouanine et Pierre Moryax (5).

Mais si la question a été longuement envisagée au point de vue étiologique, pathogénique et symptomatique, par contre nous n'avons retrouvé dans la littérature aussi bien nerveuse qu'ophtalmologique que médico-légale aucune indication relative à l'incapacité pouvant résulter du Syndrome d'Adie. C'est ce côté de la question, négligé par les auteurs, que nous nous proposons d'examiner à l'occasion d'un cas qui, précisément nous a été soumis par l'autorité judiciaire.

Observation. — Mlle X..., 36 ans a été victime, le 1er décembre 1936 d'un accident d'automobile : elle fut atteinte d'un traumatisme violent à la région maxillo-faciale gauche. Ce traumatisme fut suivi de l'ensemble

(1) Adie. Pseudo Argyll Robertson Pupils with absent tendon reflexe. Brit. Med. Journal 1931 I, p. 928.
(2) Weill et L. Reys. Sur la pupillotomie. Contribution à l'étude de sa pathogénie. Rev. d'oto-neuro-opht., 1925, p. 433.
(3) Guillain (Georges) et Sigwald. Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux (Bulletin Soc. des Hôp. de Paris, 13 mai 1932.
(4) Henri Lagrange et Mme Anne-Marie Lagrange. L'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière. Ann. d'Oculistique, août 1935.
(5) Th. Alajouanine et Pierre Morax. La pupille tonique et ses rapports avec le syndrome d'Adie. Ann. d'Oculistique, mars-avril 1938.

symptomatique pupillaire et réflexes constituant le syndrome d'Adie : abolition des réflexes tendineux et achilléens. Pupille tonique. Absence de syphilis, confirmée par les examens sériques. Chargé de l'examen ophtalmologique de Mlle X..., nous avons constaté :

Ce qui frappe tout d'abord c'est la mydriase marquée de l'œil gauche, mydriase qui, par comparaison avec la pupille de l'œil droit, dont le diamètre paraît normal, constitue de l'anisocorie inégalité pupillaire. Pour plus de précision, le diamètre de la pupille, soit directement mesuré ou avec le pupillomètre de Badal, donne 4 millimètres. Celui de l'œil droit n'est que de 2 mm. 50. Mais nous devons ajouter que ces dimensions pupillaires ne sont pas fixes. Elles sont variables. La mydriase est à certains moments plus marquée qu'à d'autres. Nous l'avons constaté au cours de nos examens successifs et l'entourage de la malade nous dit qu'elle l'a également constaté.

L'acuité visuelle de l'œil droit est égale à 10/10 sans verres. Cet œil emmétrope, sans astigmatisme est normal.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est égale à 8/10 sans verres. A l'ophtalmomètre de Javal et Schiotz il présente un léger astigmatisme régulier conforme et, après correction 180° — 1, l'acuité visuelle est égale à 10/10. La recherche des réflexes pupillaires indique : a) le réflexe photomoteur conservé à droite est aboli à gauche. Cependant, après repos en chambre noire et sous l'influence d'une lumière un peu intense à la palette éclairante, il se produit une légère contraction pupillaire ; b) le réflexe accommodatif-convergence est également très diminué. Par la convergence des lignes de regard, il se produit cependant une légère contraction de la pupille gauche, mais celle-ci est lente à se manifester; c) au réflexe consensuel, il ne se produit qu'une contraction à peine perceptible de la pupille gauche.

L'épreuve des collyres a donné les résultats suivants : a) une instillation de cocaïne adrénaline augmente légèrement au bout de cinq minutes la mydriase de l'œil gauche; b) une instillation d'homatropine augmente notablement après vingt-cinq minutes la mydriase de l'œil gauche et paralyse l'accommodation.; c) une instillation de pilocarpine à 1 % réduit en quinze minutes la mydriase de l'œil gauche et produit un myosis marqué.

L'amplitude d'accommodation à l'optomètre de Badal est de 11 dioptries. La puissance positive de convergence à l'ophtalmo-dynamomètre [de Landolt est de 9 am. (angles métriques).

La mobilité oculaire est conservée dans toutes les zones d'incursion ; le champ du regard a son étendue normale et l'épreuve du verre rouge ne fait pas apparaître de diplopie.

Aux tests de Itsihara et de Polek le sens chromatique est normal.

Au périmètre de Landolt, le champ visuel présente un rétrécissement 60° temporal, 45° nasal. Il n'y a pas d'inversion chromatique dans les limites du rétrécissement. Pas de scotome central.

Au périmètre de Badal, le rétrécissement bien qu'existant suivant les caractères susindiqués est néanmoins légèrement moins marqué avec les tests lumineux.

L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil montre une légère congestion de la pupille.

Le diagnostic de Syndrome d'Adie étant ainsi établi, nous avions à répondre aux questions suivantes d'ordre médico-légal. :

1° Le Syndrome d'Adie présenté par Mlle X..., peut-il être rapporté au traumatisme accidentel dont elle a été victime ?

2° Le Syndrome d'Adie constitue-t-il une incapacité?

3° Dans l'affirmative quel est le degré de cette incapacité?

En l'état actuel de nos connaissances nous sommes dans l'ignorance de la cause réelle du Syndrome d'Adie. A ce sujet nous en sommes réduits aux explications hypothétiques. Adie (1) le considère comme " la manifestation d'un trouble du système nerveux végétatif ". Guillain (2) ne croit pas à cette interprétation pathogénique ; car " rien ne prouve que les abolitions des réflexes soient l'expression d'un trouble du système végétatif ". Il est possible, ajoute-t-il, que le système végétatif, comme le spécifie Adie, soit touché, mais il n'est pas seul touché. Une atteinte infectieuse ou toxique antérieure, insuffisante pour exercer des actions destructives, mais suffisante pour troubler la conductibilité en des zones de l'arc réflexe, nous paraît être la cause première de l'affection décrite par W. J. Adie ". Dans un certain nombre d'observations, en effet, on note à l'origine des indications infectieuses ou toxiques ; mais, dans d'autres cas, ces causes font défaut et, ce qui augmente la difficulté du problème, c'est précisément la grande diversité étiologique, qui apparaît dans le détail des observations. En ce qui concerne le traumatisme qui dans le cas particulier nous intéresse, il ressort de l'examen des cas publiés que dans quelques-uns assez rares (6 cas) le traumatisme a été signalé ; que, sur ces six cas, dans trois il a porté sur le crâne, un sur l'orbite, un sur la région lombaire. Aussi rare que soit cette origine, elle est donc néanmoins admissible.

Le Syndrome d'Adie constitue-t-il une incapacité? La " pupille tonique ", que Donath et Henri Lagrange dénomment Bradycorie, n'entraîne pas par elle-même grande gêne fonctionnelle. Cependant il faut tenir compte de l'effet disgracieux que provoque une pupille en mydriase, et surtout des troubles accommodatifs et de convergence, qui sont observés dans le Syndrome d'Adie. Aussi légère qu'elle soit, il existe donc une incapacité.

Quel est son degré ? Nous reportant aux évaluations établies en matière d'accidents du travail et de pensions militaires nous l'évaluons par analogie de 10 à 15 %.

(1) Adie. Loc. cit.
(2) Guillain. Loc. cit.

SUR LA TRANSMISSION A L'HOMME D'UNE DERMATOMYCOSE DU VEAU

Nous avons analysé dans le Concours médical les communications faites en 1943 à l'Académie de médecine par M. Sartory et ses collaborateurs sur la transmission à l'homme d'une dermatomycose du veau, vulgairement appelée " anders " ou " dartre des veaux ".

Au sujet de ces communications, nous recevons du Dr Paul **Seta**, de Poitiers, une note rappelant ses travaux personnels sur cette question. Le Dr Seta a présenté en avril 1937, à la Société de médecine de la Vienne, une étude (publiée dans la Revue médicale du Centre-Ouest, juillet 1937), dans laquelle a été mise par lui en lumière la contagiosité des " dartres du veau ", ainsi que l'obligation de l'épilation pour le succès du traitement. Il a signalé, d'autre part, les variétés des " dartres des veaux " et considère toujours aujourd'hui, après sept années d'expérience, que seul le traitement par les rayons ultra-violets est radical et très rapide.

P. L.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Influence de la sous-alimentation carnée sur le taux globulaire.

(M. Auguste Lumière; 7-3-1944)

A la Clinique des Laboratoires de M. A. Lumière, où sont soignés des malades atteints d'affections principalement fonctionnelles (rhume des foins, dermatoses, etc.), il est pratiqué systématiquement, chez tous les consultants, des examens du sang. L'auteur a pu ainsi comparer le taux globulaire d'un nombre important de sujets, avant et depuis la guerre, sa statistique dépassant 20.000 numérations. Or, avant la guerre et en 1940, 10 % des sujets soumis aux analyses présentaient de l'hypoglobulie (au-dessous de 4.400.000 globules rouges), tandis qu'à l'heure actuelle la proportion atteint 30 %. Cette hypoglobulie a été notée surtout depuis 1943, avec la carence en nourriture carnée.

La petite azotémie hépatique

(M. Noël Fiessinger; 7-3-1944)

Sans envisager toutes les formes possibles, plus ou moins précisées, des azotémies hépatiques, M. Noël Fiessinger consacre sa communication surtout à un type de petite azotémie par déficience du foie, dont il a pu observer, en dix ans, quinze cas. Il s'agit de malades chez lesquels s'établit, à la suite de surmenage et d'ennuis, malgré une alimentation normale, un état de fatigue générale avec troubles de dystonie gastro-intestinale, léger subictère, céphalée, azotémie (urée dosée à l'hypobromite) de 0,60 à 0,70, sans albuminurie. La perméabilité rénale est ici normale. Le régime et le traitement de l'azotémie ne donnent pas d'amélioration. Si, dans les cas en question, on fait un dosage de l'urée non plus à l'hypobromite mais au xanthydrol, on trouve un taux d'urée sensiblement moins élevé que celui noté à l'hypobromite. Ceci rassure le malade qui se montre moins anxieux. De là s'ensuit une amélioration générale, le traitement des voies digestives permettant en outre d'élargir l'alimentation. A ce moment, et dans ces conditions, l'urée-hypobromite s'abaisse lentement pour revenir à des chiffres normaux.

Sur les crises comateuses et l'hypoglycémie d'un " traumatisé " cérébral.

(MM. Et. Chabrol, Cachin et P. Blanchon; 29-2-1944)

Un malade, à la suite d'un traumatisme cérébral (éclatement d'une bombe dans une tranchée, en 1914), a présenté des crises d'agitation psycho-motrice aboutissant quelquefois au coma. Ces crises, qui semblent avoir été atténuées par une alimentation abondante (elles surviennent, dit le malade, toujours à jeun), sont redevenues plus fréquentes à la suite des restrictions actuelles. On note, chez ce patient, un déséquilibre glycémique, et l'injection intraveineuse de 10 à 20 cm³ de sérum glucosé à 30 % fait disparaître les accidents en quelques minutes. Cette curieuse histoire de manifestations nerveuses d'origine traumatique soulève un problème d'ailleurs complexe.

— M. Ribadeau-Dumas signale certains troubles nerveux, observés en pathologie infantile, qui semblent dus à l'hypoglycémie : la torpeur et l'atonie, par exemple, rencontrées chez des enfants recevant une ration hydrocarbonée insuffisante ; certains phénomènes morbides nerveux plus graves survenant chez des nourrissons à jeun et que l'administration préventive de sucre empêche d'apparaître, etc.

L'association du choc et des sels d'or en thérapeutique articulaire.

(MM. L. Rimbaud et H. Serre, de Montpellier
Présentation par M. Lereboullet; 29-2-1944).

MM. L. Rimbaud et Serre ont obtenu de bons résultats de l'association choc et sels d'or dans le traitement des polyarthrites chroniques. Leur technique comporte l'emploi, en injections intraveineuses, successivement du vaccin antichancrelleux comme agent de choc, et d'un sel d'or, en l'espèce le thiosulfate double d'or et de sodium. La méthode offre des contre-indications : insuffisance hépatique ou rénale ; insuffisance cardiaque et tuberculose pulmonaire (pour le choc antichancrelleux) ; lésions intestinales ou cutanées (pour le sel d'or). L'action thérapeutique du choc, qui est immédiate, est prolongée et amplifiée par la chrysothérapie.

Traitement ambulatoire des fractures du calcanéum.

(MM. Solcard et Badelon, de la Marine ; 7-3-1944)

Utilisant un appareil de marche (bandes plâtrées fixant un étrier métallique), les auteurs ont obtenu, dans ces fractures, des résultats dans l'ensemble supérieurs à ceux des méthodes classiques courantes.

Remarques sur l'état de nutrition des Parisiens de 20 ans.

(MM. H. Gounelle et M. Bachet
Présentation par M. Rouvillois ; 7-3-1944)

MM. Gounelle et Bachet ont examiné, en vue d'établir leur aptitude au service du travail, 125 sujets de 20 ans de la région parisienne. Ils ont constaté, chez la moitié d'entre eux, un état nutritionnel inférieur à la moyenne d'avant guerre. Sur les 125 jeunes Parisiens en question, 29 seulement ne présentaient pas d'amaigrissement notable.

Nouvelles observations de tumeurs mammaires spontanées et transplantables chez le rat blanc.

(MM. G. Roussy, P. et M. Guérin ; 14-3-1944)

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Traitement des pleurésies cardiaques récidivantes par injections intrapleurales de quinine-uréthane.

(M. Laederich ; 19-11-1943)

L'action sclérosante de la quinine-urée est bien connue pour les varices, l'hydrocèle vaginale, les synoviales articulaires, et la plèvre, en ce qui concerne notamment un épanchement séreux ou purulent, consécutif à un pneumothorax thérapeutique. Par ce même procédé, l'auteur a recherché l'assèchement des pleurésies cardiaques, qui, lorsqu'elles récidivent fréquemment, aggravent les troubles circulatoires, gênent l'action des toni-cardiaques, et épuisent les malades en raison de la répétition des ponctions. D'ailleurs les injections de quinine-urée à doses modérées ne provoquent pas de symphyses pleurales à proprement parler, mais seulement des réactions superficielles des séreuses. Les résultats obtenus par ce procédé ont été pleinement satisfaisants ; celui-ci a été employé dès que l'épanchement tendait à se reproduire après quelques ponctions, quelle que soit sa pathogénie. L'injection doit être faite à la fin d'une ponction évacuatrice pour que la quinine ne soit pas trop diluée dans le liquide restant ; deux à cinq injections peuvent amener l'assèchement définitif d'épanchements, qui se produisaient depuis des mois et des années. On emploie la solution habituelle de chlorhydrate double de quinine et

d'uréthane à 20 %, aux doses habituelles de 2 cm³ (0 gr. 40 de quinine) ou 2 cm³ 5 (0 gr. 50) ; à dose inférieure, les résultats sont plus lents et inconstants ; à dose supérieure, on risquerait une réaction trop violente de la plèvre. Les injections doivent être répétées à intervalles de deux à huit jours, suivant l'importance et la rapidité de production du liquide.

L'injection intraveineuse de novocaïne au cours des comas prolongés consécutifs à l'intoxication oxycarbonée.

(MM. Justin-Besançon et Ch. Laroche ; 26-11-1943)

Les auteurs n'ont retenu ni les agonisants, ni les asphyxies rapidement curables, mais 16 malades qui ont présenté un coma prolongé, alors qu'un traitement énergique par le carbogène les avait débarrassés de toute trace d'oxyde de carbone. Ils étaient dans le coma depuis plusieurs heures. Dans 4 cas seulement, l'effet de la novocaïne intraveineuse fut rapide ; dans 4 autres, il n'y eut aucun changement immédiat ; les 8 autres moururent assez rapidement, en raison de lésions nerveuses trop graves et irréversibles. La novocaïne à 1 %, à la dose intraveineuse de 5 cm³ ne doit pas être considérée comme une thérapeutique nouvelle des comas post-oxycarburés ; mais il peut être bon d'essayer ce procédé sur une plus vaste échelle, plus précocement peut-être, dès que le carbogène a chassé complètement l'oxyde de carbone présent dans le sang. G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25-2-1944

Les sulfamides iodées (plus particulièrement l'iodoquinoléine sulfamide) en applications locales sur les staphylococcies cutanées.

(M. Louis Bory)

Les associations de sulfamides et d'iodures alcalins se sont montrées pourvues d'une certaine spécificité vis-à-vis des staphyloccocies. L'action d'une molécule d'acide iodoxyquinoléine sulfonique sur une molécule de para-aminobenzène-sulfamide paraît renforcer encore cette spécificité.

En ce qui concerne les affections dermatologiques (furoncles, anthrax, impétigo, folliculites, érythèmes infectieux) l'ingestion du produit paraît généralement inutile. Les applications externes sous forme de pommade aboutissent à des résultats rapides analogues, souvent meilleurs, et toujours sans danger.

A propos de l'ulcère gastrique et duodénal

(M. P. Legac)

Un malade a les signes cliniques de l'ulcère et un passé gastrique déjà ancien. Il a subi des traitements médicaux prolongés. L'opération est décidée. Le chirurgien opère et ne trouve pas l'ulcère. Que faire ? Ou refermer, ou faire une opération palliative (gastro-entérostomie, Finney, sphinctérectomie), ou bien faire l'opération radicale (gastrectomie). Deux observations présentées, avec abstention d'abord, puis réintervention avec découverte de l'ulcère, montrent qu'il est mieux de faire d'emblée l'opération radicale. En ne faisant rien au malade, on ne l'améliore pas, on en fait un " balafré " qui ne va pas mieux et qu'on a tendance à traiter de névropathe parce que le chirurgien qui l'a opéré n'a rien trouvé.

Pleurésie purulente méta-pneumonique (suite de grippe) définitivement guérie par sulfamides.

(M. Marcel Renault)

Un homme de 45 ans présente, au cours d'une grippe, un foyer pneumonique du lobe inférieur droit, avec cyanose, dyspnée, hyperthermie relativement modérée. La thérapeutique sulfamidée amène une amélioration, mais les jours suivants la température remonte et l'on constate un épanchement pleural méta-pneumonique à droite. Continuation du traitement sulfamidé (4 gr. par jour) ; ponctions, l'une exploratrice suivie d'une injection intrapleurale de lysapyrine, l'autre évacuatrice (3/4 de litre de pus) suivie d'injection de soludagénan. La température reste à la normale pendant quelques jours puis reprend son ascension. Nouvelle ponction évacuatrice (1/4 de litre de pus) et lavage, à l'aide de la seringue rotative de Mayer, avec 500 cm³ de sérum physiologique contenant 5 gr. de silénan en dissolution. La température tombe alors à la normale et ne remonte plus. Les sulfamides sont continués pendant une semaine, 3 gr. par jour par voie buccale. Guérison.

LA PRESSE

Accouchements indolores. — L'accouchement ne s'accommode pas, comme la chirurgie, d'une anesthésie globale suspendant toute action du système nerveux, tant motrice que sensitive. Le but poursuivi pas G. DE BELLEFROID (Louvain) est d'établir une méthode pratique d'anesthésie régionale de l'accouchement. Or les douleurs de l'accouchement sont faites de deux composantes : la première, celle des contractions utérines, emprunterait la voie présacrée, rejoignant la moelle au niveau des onzième et douzième segments dorsaux ; la deuxième, résultant de la dilatation du canal génital, arriverait à la moelle sacrée par les nerfs érecteurs. A cet auteur, la technique suivante donna de bons résultats : au moment où les douleurs deviennent intenses, il pratique l'infiltration bilatérale du sympathique lombaire, dont l'effet est en général immédiat. Il contrôle ensuite par le palper l'existence des contractions utérines, dont souvent la parturiente ne se rend plus compte. Lorsque la sensation douloureuse persiste à l'un ou l'autre endroit, ou si elle apparaît quelque temps après, il injecte immédiatement 20 cm³ de percaïne à 2/1000, à une profondeur de 1 à 2 cm. dans le canal épidural. L'effet de cette infiltration se fait parfois attendre quelques minutes, au cours desquelles la patiente perçoit encore quelques contractions douloureuses. Lorsque les douleurs sont uniquement vaginales, il remplace volontiers cette injection assez douloureuse et parfois délicate par l'infiltration du périnée, plus facile à réaliser, surtout si la patiente est grasse. On fait ensuite contrôler régulièrement par palpation, la fréquence et la durée des contractions utérines. Au moment où l'on croit atteinte la dilatation complète (qui est parfois accélérée par cette méthode), on la contrôle par le toucher vaginal ; si le fait est exact, la patiente doit pousser chaque fois que sa matrice se contracte, ce dont il est souvent nécessaire de l'avertir, et l'accouchement survient habituellement dans le délai normal. Il est utile cependant d'administrer en même temps les médicaments propres à l'accélération du travail, afin de limiter autant que possible la répétition des infiltrations. Cette méthode est inoffensive pour l'enfant comme pour la mère (*Revue franç. de gynécologie*, novembre 1943).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'HOPITAL FRANÇAIS

Tel est le titre d'un important ouvrage qu'a publié, il y a quelques mois, M. Henri Thoillier, inspecteur général de l'Institut National d'action sanitaire des Assurances Sociales (1). Ce titre générique, et qui suppose l'examen des multiples problèmes hospitaliers, n'est pas disproportionné à cette vaste étude, fortement charpentée et documentée, qui confronte, en matière d'hospitalisation, ce qui fut, ce qui est et ce qui devra être. Tous les aspects et tous les facteurs de la question y sont tour à tour envisagés, en sorte que quantités de notions, points de doctrine et renseignements pratiques s'y trouvent coordonnés et mis en valeur.

Si l'on se rappelle que l'hospitalisation vient d'être codifiée par la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943, et que tous les hôpitaux de France (sauf ceux qui présentent un caractère national) vont avoir à aligner leur organisation sur ces directives profondément réformatrices, on conviendra qu'un tel ouvrage est de ceux qui prennent d'eux-mêmes leur place dans l'actualité. En fait, aucun maire, aucun membre de Commission administrative et, plus généralement, aucun médecin, qu'il ait ou non un service d'hôpital, ne le lira sans profit.

Aussi nous a-t-il paru nécessaire de le présenter à nos lecteurs, afin de leur donner une première idée du vaste domaine décrit par les 280 pages de texte et leurs nombreuses illustrations.

***

En préludant à son étude de l'hôpital par l'évocation du malade et en forgeant cette expression : « Le malade, notre hôte », M. Thoillier signifie son ambition, à travers les considérations techniques, de poursuivre un idéal : le bien-être matériel et moral du malade. Le malade d'hôpital n'est plus le miséreux d'autrefois ; il est en possession d'un véritable statut défini par l'une des nombreuses lois sociales de ces cinquante dernières années. Il s'ensuit que l'hôpital moderne ne peut plus se négliger et doit à ceux qu'il abrite des conditions convenables.

A cet égard, du reste, j'en suis personnellement à me demander si l'on n'a pas dépassé le but. Il est arrivé plus d'une fois aux architectes d'hôpitaux (comme à ceux d'écoles publiques) de réagir si vivement contre l'insalubrité, la sombre tristesse et la mesquinerie des locaux anciens qu'ils ont versé dans un luxe véritablement ostentatoire. Il s'ensuit des réalisations déplorablement lourdes aux finances publiques, tant par leur entretien que par les frais de premier établissement, et dont on peut craindre qu'elles ne provoquent sur la mentalité collective des réactions très différentes de celles qu'on attend. Mais la misère profonde qui nous attend après la guerre mettra vraisemblablement un frein à ces fantaisies des années où l'on ne se refusait rien.

Par contre, les préoccupations sociales récemment introduites à l'hôpital sont entièrement louables. Réadapter, rééduquer, orienter le convalescent (ou même le malade s'il s'agit d'une maladie lente, comme la tuberculose) est une tâche qu'il faudrait concevoir comme la suite logique de l'intervention thérapeutique, car c'est rester à mi-chemin de la santé que se retrouver convalescent, mais incapable de gagner sa vie. Ici intervient le service social personnalisé dans la plupart des cas par l'assistante sociale. M. Thoillier donne un aperçu des fonctions qu'assume cette collaboratrice nouvelle du médecin d'hôpital, du programme du diplôme d'Etat et énumère les écoles préparant à celui-ci. En somme, l'essentiel sur la carrière d'assistante sociale qui séduit aujourd'hui tant de jeunes filles.

***

Pour le médecin, la partie du volume consacrée au « praticien et au domaine médico-chirurgical » est évidemment celle qui donne au titre son véritable sens. On y retrouve l'hôpital sous l'angle de vision où nous le considérons usuellement.

Un chapitre sur « l'enseignement à l'hôpital » a été écrit par le Pr Abrami. Celui-ci réclame des réformes de structure profondes, dont la première en date devrait être de confier à la Santé Publique la charge de toutes les études médicales. Revendication qui ne sera pas nouvelle pour nos lecteurs et sur laquelle se rejoignent, ils le constateront, les préoccupations de nombreux esprits.

Les subdivisions techniques, les divers « services » de l'hôpital sont ensuite examinés un à un. Dans chacun d'eux sert un personnel dont sont définis le rôle et le statut : médecin-chef, internes, externes, secrétaires, surveillantes, infirmières, femmes de service, personnel religieux.

Le bloc opératoire, conception essentiellement moderne, est décrit avec toutes les installations qu'il comporte dans des études rédigées par des techniciens et consacrées au conditionnement de l'air, à l'éclairage, au chauffage.

Une autre organisation qui porte la marque de l'époque et dont aucun hôpital de quelque importance ne peut plus être dépourvu, est le centre de transfusion sanguine. La façon de l'aménager sur le modèle du Centre National de transfusion sanguine de Paris est exposée succinctement.

Pour clore la description de l'hôpital-type, des chapitres particuliers sont consacrés à la pharmacie, aux divers laboratoires (bactériologie, sérologie, chimie) et aux agents physiques. Ceux-ci ont, au cours des récentes années, pris une telle place en thérapeutique que la nécessité est apparue de leur consacrer des installations autonomes, dotées d'appareillages extrêmement coûteux. Il s'ensuit qu'un service de radiologie, d'électricité médicale, de mécanothérapie ne se relègue plus comme naguère dans un coin de salle désaffectée et qu'il faut étudier

(1) Max Brézol, éditeur, 50 boulevard Beaumarchais, Paris.

pour eux des constructions spéciales et des emplacements propres à leur permettre de jouer dans la vie de l'hôpital le rôle important auquel ils sont appelés.

La maternité, le service de contagieux, les services de tuberculeux (auxquels l'auteur a rattaché l'étude des sanatoriums), les services de neurologie et l'hôpital psychiatrique complètent enfin la vision panoramique de l'organisation hospitalière d'une grande cité d'aujourd'hui.

***

Les parties suivantes consacrées au directeur d'hôpital, à l'économe, à l'architecte sont d'une technicité qui dépasse les préoccupations courantes du médecin et, du reste, sa compétence. On les lit cependant avec intérêt pour les lumières qu'elles donnent sur le fonctionnement administratif d'un hôpital et sur la façon dont s'intriquent et se complètent les conceptions d'un médecin avec celles de réalisateurs non professionnels. Il est certain qu'un chirurgien qui possède une clinique, un médecin qui est maire de sa commune ou membre d'une Commission administrative, ne peuvent se permettre d'ignorer ces points de vue spéciaux de la question hospitalière. Les préoccupations et les responsabilités du directeur, les initiatives, l'esprit de routine ou de lucre d'un économe, les possibilités et les limites d'un architecte, autant de facteurs dont le médecin doit tenir compte pour assurer la bonne marche de l'établissement sur lequel il a charge de veiller. Il faut savoir évaluer ce qu'on peut demander à chacun d'eux et ce qui est techniquement ou pratiquement irréalisable. L'intérêt d'un propriétaire de maison de santé, l'autorité d'un maire ou d'un administrateur seront efficacement préservés par la compétence et l'opportunité des remarques qu'il se trouvera faire.

Un livre comme celui de M. Thoillier apporte dans ces domaines si étrangers à nos préoccupations quotidiennes les précisions indispensables et sera un guide précieux.

***

Un historique de « l'hôpital à travers les âges », écrit par M. Mimrath, est destiné, dans la pensée de l'auteur, à retracer l'évolution sociale du pays et à fixer le niveau de sa civilisation. On pourrait objecter que les deux termes ne sont pas réductibles l'un à l'autre et qu'il se peut voir des pays où des formes sociales très évoluées n'ont pas développé une civilisation bien édifiante. Mais ceci est une autre histoire.

De l'hôtel-dieu ou de la ladrerie du XIIIe siècle à la cité hospitalière contemporaine, il est certain que la saisissante progression marque une conception tout autre de ce qui se doit à la personne humaine. Au reste, ce n'est pas seulement le sens de la collectivité qui s'est affirmé et précisé ; les exigences de la médecine à inspiration pastorienne ne permettraient plus les conditions sommaires de l'hospitalisation d'antan. En sorte que tous les peuples qui ont adopté cette discipline médicale ont été amenés à rénover leur domaine hospitalier. Parmi ces peuples, la France, qui leur a cependant donné le mot d'ordre, n'est pas à l'avant-garde ; elle s'est laissé distancer par d'autres moins spéculatifs et plus réalisateurs. Tant en Amérique qu'en Europe le Français qui voyage rencontre des installations hospitalières qui provoquent à la fois son admiration et son envie. Toutefois en bien des cas, s'il n'est pas un idolâtre du « progrès », se dégage l'impression, à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, d'une démesure regrettable.

J'aime assez pour ma part que la France, initiatrice, laisse courir devant ceux mêmes qui la suivaient naguère. Peut-être lui reviendront-ils avant longtemps, ne serait-ce que pour prendre une leçon essentielle de bon sens.

Le panorama qui dépeint dans le livre de M. Thoillier diverses initiatives françaises indique du reste que l'équipement du pays suit son chemin : toutes nos grandes villes et même de nombreux centres secondaires sont déjà en possession d'hôpitaux répondant aux nécessités actuelles : la chirurgie et les diverses techniques médicales y trouvent à la fois l'aménagement et l'outillage propres à leur ouvrir un vaste champ d'action.

***

Enfin, M. Thoillier clôt son travail par un programme d'avenir.

Voici, avec l'avènement de la charte hospitalière, l'équipement sanitaire du pays strictement réglementé. Les initiatives communales, parfois anarchiques et disproportionnées aux besoins locaux, les influences confessionnelles ou politiques devront céder le pas à des vues d'ensemble étendues jusqu'au cadre régional ou même national.

L'admission des malades payants, jadis formellement interdite puis, depuis 1851, tolérée, est maintenant consacrée et l'hôpital perd du coup son caractère de bienfaisance pour devenir un établissement d'intérêt public. De ce fait lui reviennent des ressources et des prérogatives nouvelles, mais aussi des obligations auxquelles il devra s'accoutumer à faire face.

Déjà, la nomination du personnel médical et des agents administratifs, qui était souvent laissée à l'initiative des Commissions administratives est étroitement réglementée.

Pour préparer l'avenir de l'hôpital français, M. Thoillier lui propose une devise : s'humaniser. Par là, il entend :

Au point de vue technique : favoriser la recherche et même fonder un ou plusieurs « hôpitaux d'essais », laboratoires permanents des techniques hospitalières ;

Au point de vue économique : modeler l'équipement hospitalier sur les besoins de la population ;

Au point de vue social : apprendre au malade à *se servir* de l'hôpital.

On voit par cette rapide analyse que M. Thoillier est un enthousiaste et qu'il trace une vaste tâche à tous ceux qui se penchent sur la question hospitalière.

Nul ne peut nier que l'hôpital soit parvenu à un moment crucial de son évolution. Dans une société bouleversée par les remous économiques et sociaux, dans un pays ravagé par la guerre et qui ne sortira du cataclysme que pour connaître les rigueurs de l'après-guerre, la morbidité devient, tant pour l'individu que pour la collectivité, une menace plus redoutable que jamais. En sorte qu'il est urgent de prévoir et organiser dès maintenant le rôle de couverture que l'hôpital est appelé à jouer vis-à-vis d'un tel risque.

Le livre de M. Thoillier ne fait pas que formuler le problème. Il aide efficacement à le résoudre. C'est pourquoi il sera lu et consulté avec profit par tous ceux que leurs fonctions appellent à cette tâche.

G. LAVALÉE.

LA CONVENTION D'ARBITRAGE POUR LE RÈGLEMENT DES HONORAIRES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Notre Directeur a reçu de notre ami le Dr Decourt la lettre ci-dessous :

Mon cher confrère et ami,

C'est avec un vif étonnement que je lis dans le CONCOURS du 1er juillet, sous la signature de M. H. MEILLET, la publication des « doléances recueillies contre la procédure de la COMMISSION D'ARBITRAGE », en matière d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail.

Il paraîtrait que « des médecins se plaignent d'être tenus dans l'ignorance des causes réelles des contestations soulevées par les assureurs, ou de ne pouvoir obtenir communication des pièces de l'adversaire.

Président-médecin de cette Commission d'une part, et d'autre part vice-président du SOU MÉDICAL ; de plus, bien que n'étant en rien attaché à la Direction du CONCOURS MÉDICAL mais alors que l'hospitalité de ses colonnes m'est largement acquise depuis de longues années, il m'aurait paru naturel d'être mis au courant de ces « doléances » avant qu'elles fussent publiées, ne fût-ce que pour s'assurer si elles étaient réellement fondées.

Dans cette Commission d'arbitrage, en dehors de son secrétaire (lequel n'a pas voix délibérative pour les décisions à prendre et fait plutôt office de greffier), nous sommes depuis de longues années, *tous médecins* qu'il s'agisse des délégués de la Réunion des assureurs tout autant que de ceux du Corps médical. C'est donc dans une ambiance confraternelle que les décisions sont prises et avec le plus vif sentiment de justice et d'équité.

Je viens donc aujourd'hui protester contre les accusations ci-dessus rapportées, accusations contre mes collègues et moi-même et, en attendant des précisions qui s'imposent, demander que ma présente protestation soit publiée dans le plus prochain CONCOURS.

En attendant cette publication, je vous prie, mon cher confrère et ami, d'agréer l'assurance de ma vieille et affectueuse sympathie. Dr Fernand DECOURT.

Voici la mise au point qu'a tenu à faire notre collaborateur. Nous considérons donc l'incident comme clos.

La protestation de M. le Dr Decourt contre certains passages de mon article sur la Commission d'arbitrage fait apparaître qu'un malentendu s'est produit que je tiens à dissiper.

Avant tout, qu'il me soit parmis de saisir cette occasion de renouveler au Dr Decourt personnellement et à ses collègues médecins membres de la Commission, l'hommage que spontanément j'avais tenu à leur rendre dans l'article incriminé. Ce n'est donc pas leur impartialité ni leur esprit de justice qui sont en cause. Mais, puisqu'une précision semble nécessaire, c'est surtout la procédure de l'*instruction* des affaires, c'est-à-dire la phase de leur mise en état qui précède immédiatement le jugement qui se trouvait visée, d'après des renseignements et documents dont l'authenticité ne peut être mise en doute et dont le Dr Decourt a pris connaissance. Or cette procédure préalable, nous a dit le Dr Decourt, échappe à l'action directe des membres de la Commission. D'où il résulte que ceux-ci ne peuvent être personnellement atteints par les critiques formulées.

H. MEILLET.

A PROPOS DE LA DÉCLARATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

par le Dr Lucien PERIN.

J'ai lu avec un vif intérêt la note parue (page 333) dans vos *Echos et Commentaires* du 15 juin dernier sur l'application de la loi du 31 décembre 1942 relative à la déclaration des maladies vénériennes.

J'approuve entièrement l'opinion de son auteur et je m'associe à ses conclusions. Les faits qu'il relate sont en tous points inadmissibles. Il est incroyable qu'une enquête épidémiologique aussi urgente que celle dont il s'est agi n'ait été pratiquée par le service social qu'un mois après la déclaration du Dr X... On ne peut que regretter le manque de tact de l'assistante sociale, excipant d'une plainte du médecin contre l'agent contaminateur, recourant d'emblée aux menaces pour amener ce dernier à se faire examiner, et procédant à son enquête devant la propre femme de l'intéressé. On reste confondu à la pensée qu'un examen sérologique demandé au dispensaire y ait été pratiqué avec tant de réticence et que le malade n'ait eu connaissance de son résultat positif que quatre mois plus tard. Il convient de féliciter le Dr X... qui s'est conformé scrupuleusement à la loi et dont la conduite dans cette affaire a été au-dessus de tout éloge. Il est regrettable que ses indications aient été si mal comprises et que les auteurs responsables de pareils errements en aient rendu les effets pratiquement inopérants.

Toutefois il ne faudrait pas tirer argument de ces faits pour condamner le principe de la loi ou pour s'associer aux critiques dont elle a été l'objet. Il s'agit là, en effet, d'une mauvaise application sinon d'un véritable sabotage de la loi, dont celle-ci ne saurait être tenue pour responsable. Elle ne mérite pas davantage les critiques qui lui ont été opposées dans certains milieux et qui résultent souvent d'une méconnaissance ou d'une interprétation inexacte de ses articles. Je ne m'étendrai pas ici sur le détail de la loi et la justification de son principe. Qu'il me suffise de rappeler que :

— Le médecin n'a pas à faire la déclaration nominale de ses malades, mais seulement la déclaration numérique des cas contagieux qu'il constate, la déclaration nominale n'étant prévue que pour les sujets créant par leur négligence ou par leur manière de vivre un danger social manifeste (malades contagieux récalcitrants au traitement, prostituées, etc.) ;

— Le médecin n'a pas à se transformer vis-à-vis de ses malades en policier ou en juge d'instruction, non plus qu'à porter plainte contre les agents contaminateurs, mais simplement à recueillir les renseignements que les malades acceptent de lui donner sur la source de leur infection et à transmettre ces renseignements à l'Autorité sanitaire, à moins qu'il ne désire faire lui-même l'enquête, (auquel cas il lui suffit d'indiquer sur la feuille épidémiologique la mention « enquête en cours ») ;

— Les enquêtes épidémiologiques doivent être menées par les services responsables avec toute la discrétion et toute la célérité nécessaires, le nom du médecin ne devant pas être prononcé au cours de l'enquête, la persuasion devant être toujours préférée

à la contrainte et les malades ne devant pas être inutilement inquiétés, mais traités et mis hors d'état de nuire.

Ainsi comprise et appliquée avec discernement, la loi n'impose pas au médecin une mesure plus choquante que la déclaration des maladies contagieuses en général, aujourd'hui admise par tous et qui est toujours nominale. Elle ne diminue pas la confiance que le malade doit lui garder. En lui demandant de remonter, dans chaque cas, de l'affection constatée à l'origine de la contamination, elle ne fait que compléter son rôle par l'accomplissement d'un devoir social évident.

Je ne méconnais pas ses imperfections et ses lacunes, non plus que les difficultés pratiques de son application. Je sais par expérience les obstacles de tout ordre auxquels se heurte le service social, les insuccès et les retards de certaines enquêtes du fait de renseignements insuffisants, d'adresses inexactes, de fausses déclarations, etc. En ce qui concerne ces dernières, il est peut-être regrettable que la loi actuelle ne prévoie pas de sanctions contre les auteurs de dénonciations calomnieuses dont la mauvaise foi est démontrée. Telle qu'elle est, elle n'en constitue pas moins un progrès et répond à une utilité évidente.

Les résultats au surplus sont là pour en témoigner. Dans la région parisienne et pour ne parler que du service épidémiologique de la Préfecture de Police, 1044 enquêtes ont été pratiquées en 1943, à la suite des déclarations transmises par les médecins. Grâce à ces enquêtes 382 agents contaminateurs, comprenant 53 hommes et 329 femmes, ont pu être dépistés et mis en traitement. Les enquêtes pratiquées avec tact par un personnel rompu à cette tâche ne se sont heurtées dans aucun cas à des difficultés sérieuses de la part des malades ou de leur entourage. Si l'on songe que la plupart des malades ainsi reconnus ignoraient l'existence de l'affection dont ils étaient porteurs, on devine les services rendus par ces enquêtes tant à la Société qu'à eux-mêmes.

Il n'est pas douteux que les résultats seraient encore supérieurs et il n'est pas interdit de penser qu'ils aboutiraient à l'extinction des maladies vénériennes dans un avenir plus ou moins rapproché, si la loi était appliquée par tous dans l'esprit que vous recommandez si justement.

DÉCLARATION DES DÉCÈS ET SECRET PROFESSIONNEL

Il est souhaitable que le médecin traitant lié par le secret professionnel ne soit pas appelé à violer la loi par mesure d'ordre public. Les fonctions de médecin de l'état-civil peuvent dans une ville de quelque importance, être facilement occupées par un médecin plus ou moins fonctionnaire. Le nombre de médecins ne faisant pas de clientèle augmente : médecins d'O.P.H.S., médecins des services d'hygiène, médecins d'usine, etc. On en trouve dans de petites agglomérations et ils n'auraient pas les mêmes scrupules que les praticiens à refuser le permis d'inhumer en cas de doute.

Quand cette solution serait impossible, et même dans les cas précédents, on pourrait utiliser une formule inspirée des carnets de certificats médicaux édités par l'Ordre de la Seine (les timbres en moins) : le certificat est détaché d'un carnet à souche, sur la souche figureraient tous les renseignements d'âge, sexe, diagnostic, etc., à l'exclusion du nom du défunt.

Ces souches seraient transmises aux dates prescrites à l'Ordre départemental des Médecins qui établirait les statistiques et les transmettrait aux services d'hygiène. A ceux-ci d'en tirer les conclusions voulues. L'Ordre, lié comme le médecin et au même titre par le secret professionnel, se porte garant à l'égard des pouvoirs publics de la sincérité des déclarations.

Sur la feuille destinée à la mairie figureraient tous renseignements d'état-civil et la proposition faite par le médecin au maire d'autoriser ou non l'inhumation sans enquête préalable.

La proposition d'inhumation implique :

1° Que la mort est réelle ;

2° Que la cause de la mort est « naturelle » ou plus exactement n'est pas de nature à déclencher une enquête judiciaire en raison de faits suspects constatés lors de l'examen.

Les pouvoirs de police appartiennent au maire : c'est lui qui décide, le médecin ne fait que l'éclairer

Le refus d'autorisation d'inhumation suffit à déclencher l'enquête de police. Nous ne voyons pas l'utilité des formules plus ou moins discutables, telles que mort naturelle ou encore cette perle de la Société de Médecine légale : « mort imprévue paraissant naturelle » devant se traduire en fait par « ne paraissant pas naturelle » puisqu'elle devrait entraîner une enquête policière. Conservons à notre langue sa clarté, aux mots leur sens propre. Sans arrière-pensée, restriction ni hypocrisie, on autorise ou on n'autorise pas l'inhumation, cela suffit.

Sur un plan plus général, la question de déclaration des décès met en cause la cacophonie législative qui rythme nos actes de citoyen.

Le Code civil, articles 77 et 81, le Code pénal, articles 43, 44 et 378 fameux entre tous, un décret-loi du 30 octobre 1935 ont force de loi.

Une circulaire ministérielle du 1er janvier 1937, modifiée le 15 décembre 1937, corrigée le 1er juillet 1941, commente, complète et même contredit les textes législatifs ci-dessus cités.

Une loi ne peut être valablement modifiée que par une loi. Les circulaires ministérielles ne peuvent que les expliquer, ce qui serait inutile si elles étaient clairement rédigées.

Souhaitons qu'un texte d'ensemble reprenne la question en des termes clairs, cohérents, homogènes, préconisant des mesures simples et applicables dans la rude pratique quotidienne du praticien.

Dr R. JODIN.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

DÉCRET DU 10 JUIN 1944 ORGANISANT LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LES CONSEILS DE L'ORDRE (1)

TITRE II

FONCTIONNEMENT DE LA CHAMBRE DE DISCIPLINE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

ART. 14. — Les membres de la Chambre de Discipline du Conseil national de l'Ordre des médecins sont désignés dans les conditions fixées par les articles 43 et 44 de la loi du 10 septembre 1942 et par l'article 7, paragraphe 2 de la loi du 14 septembre 1943. Un conseiller d'Etat et des membres du Conseil national de l'Ordre ou de ses sections en nombre égal à celui des membres titulaires sont désignés en qualité de président et de membres suppléants dans les mêmes formes que les membres titulaires ; ils sont appelés à siéger en cas d'empêchement des membres titulaires dans l'ordre de leur désignation.

ART. 15. — La Chambre de Discipline est saisie :

1° Par l'appel de tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme auquel a été refusée l'inscription au tableau, qui a été l'objet d'une sanction disciplinaire ou à la charge duquel des frais d'enquête ou d'expertise ont été mis dans les conditions prévues par l'article 11 ci-dessus ou, en ce qui concerne l'inscription ou le refus d'inscription au tableau, par le conseil du

(1) Voir *Titre 1er dans notre numéro du 15 juillet* 1944.

Collège départemental. Cet appel doit être formé dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision du Conseil régional, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président du Conseil National. Il doit, à peine de nullité, contenir l'exposé sommaire des faits et moyens, les conclusions, les noms et demeures des personnes en cause et être accompagné de la décision attaquée ; toutes pièces utiles doivent être, en outre, jointes en original ou en copie certifiée conforme.

Dans le cas prévu par l'article 37, paragraphe 2, de la loi du 10 septembre 1942, l'intéressé doit produire le récépissé de sa demande d'inscription au Conseil régional ;

2° Par l'appel interjeté par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille dans les formes prévues ci-dessus et dans le délai de deux mois suivant la notification de la décision du Conseil régional à la Direction régionale de la Santé ; dans ce cas le recours doit être signé par le secrétaire d'Etat à la Santé ou par un fonctionnaire ayant reçu délégation à cet effet.

L'appel a un effet suspensif.

ART. 16. — Le président du Conseil National informe de l'appel le président du Conseil régional dont la décision est attaquée et lui demande de lui faire parvenir le dossier de l'affaire.

L'appel est notifié au Conseil auteur de la plainte et aux personnes mises en cause, lesquels doivent présenter leurs observations écrites dans le délai d'un mois.

Le président de la Chambre de Discipline désigne un rapporteur parmi les membres de cette Chambre. Celui-ci dirige l'instruction de l'affaire ; il a qualité pour recueillir les témoignages qu'il croit devoir susciter et pour procéder à toutes constatations utiles.

ART. 17. — La Chambre de Discipline du Conseil National ne peut valablement délibérer que si sont présents, en plus de son président, au moins quatre des membres dont elle se compose. Elle ne peut siéger que si ses membres se trouvent en nombre impair ; s'ils se trouvent en nombre pair, le plus jeune des médecins doit s'abstenir.

Un secrétaire désigné par le président du Conseil de l'Ordre des médecins assiste à la séance.

ART. 18. — L'auteur de l'appel et ceux auxquels il a été notifié sont convoqués à l'audience par lettre recommandée du président du Conseil National avec accusé de réception quinze jours au moins avant l'audience. Cette convocation indique le délai pendant lequel il pourra être pris connaissance du dossier au siège du Conseil National.

Les intéressés sont en outre invités par la convocation à faire connaître, dans un délai de huit jours, s'ils font choix d'un défenseur, et dans ce cas les nom et adresse de celui-ci.

ART. 19. — Le président de la Chambre de Discipline dirige les débats. Il donne la parole au rapporteur, qui présente un exposé des faits. Il procède aux interrogatoires. Tout membre de la Chambre de Discipline peut également poser des questions avec l'autorisation du président.

Le médecin, le chirurgien dentiste ou la sage-femme qui est l'objet d'une poursuite disciplinaire ou dont l'inscription au tableau est contestée, doit comparaître en personne. Il ne peut se faire assister que par un de ses confrères, inscrit au tableau ou par un avocat régulièrement inscrit à un barreau. Il en est de même des autres personnes en cause.

Le président peut, s'il le juge nécessaire, dans l'intérêt des débats, retirer la parole à quiconque en abuserait.

Si le praticien incriminé ne se présente pas, l'affaire est jugée sur pièces après audition du rapporteur.

L'appelant a le premier la parole. Le ministère public présente ses conclusions. Dans tous les cas le praticien incriminé peut prendre la parole en dernier lieu.

L'audience n'est pas publique et la délibération demeure secrète. Celle-ci a lieu hors de la présence des personnes en cause, de leurs défenseurs et du ministère public.

ART. 20. — La décision est prise à la majorité des voix. Elle doit être motivée.

La Chambre de Discipline peut, avant de prononcer une décision définitive, ordonner par décision avant dire droit toutes les mesures d'instruction qu'elle juge à propos. Si des frais sont engagés à l'occasion d'une enquête ou d'une expertise, ils sont avancés sur le budget du Conseil National. La Chambre de Discipline décide, en fin d'instance, s'il y a lieu de les mettre à la charge d'un praticien en cause.

ART. 21. — Les décisions de la Chambre de Discipline du Conseil National mentionnent les noms des membres présents ; elles sont transcrites sur un registre spécial coté et paraphé par le président de la Chambre de Discipline, et qui ne peut être communiqué aux tiers. La minute de chaque décision est signée par le président et le secrétaire.

La décision est notifiée à toutes les personnes en cause par le président du Conseil National, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est adressée dans les mêmes formes au Conseil régional dont la décision a été attaquée. La décision comportant la peine de suspension temporaire d'exercice ou d'interdiction définitive, est en outre notifiée dans les formes ci-dessus au préfet, au directeur régional de la Santé et de l'Assistance, au président du Conseil du Collège départemental et au procureur de la République près le tribunal dans le ressort duquel le praticien avait un cabinet.

ART. 22. — Les membres de la Chambre de Discipline peuvent être récusés ou sont récusés d'office dans les conditions prévues par l'article 13 ci-dessus.

ART. 23. — Les attributions conférées par le présent règlement au président du Conseil national de l'Ordre sont exercées par le président de la section dentaire en ce qui concerne les chirurgiens dentistes, et par le président de la section des sages-femmes, en ce qui concerne les sages-femmes.

ART. 24. — Toute décision de la Chambre de Discipline est exécutoire dès sa notification, sauf mention contraire de la décision. Elle peut être déférée au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir dans les formes et délais prévus par les lois et règlements.

TITRE III

DISPOSITIONS COMMUNES

ART. 25. — Les décisions des Conseils régionaux et de la Chambre de Discipline ne sont pas susceptibles d'opposition.

ART. 26. — La révision des décisions des Conseils régionaux ou de la Chambre de Discipline du Conseil National portant interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de la profession peut être demandée :

1° Par le praticien qui a été l'objet de la sanction, lorsqu'un des témoins entendus a été, postérieurement à cette sanction, poursuivi et condamné pour faux témoignage contre ce praticien ;

2° Par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille à la demande du praticien intéressé lorsque après le prononcé de la décision, un fait vient à se produire ou à se révéler, ou lorsque des pièces inconnues lors des débats sont représentées, de nature à établir l'innocence de ce praticien.

La Chambre de Discipline se prononce par décision motivée sur la recevabilité de la demande en revision ; dans l'affirmative, elle instruit l'affaire et statue.

ART. 27. — Il n'est pas dérogé aux dispositions des lois prévoyant des procédures ou des peines différentes de celles mentionnées au présent règlement, en ce qui concerne les actes qui seraient reprochés aux médecins dans leur participation aux soins médico-sociaux.

(*J. O.* 30 Juin 1944)

ECHOS & COMMENTAIRES

Le nouveau code de déontologie. — Le secours aux sinistrés. — En témoignage de satisfaction. — A la rescousse du « Bulletin de l'Ordre». — Important arrêt du Conseil d'Etat sur l'exercice de la profession médicale en temps de guerre.

On nous annonce que le nouveau code de Déontologie est sorti des délibérations du Conseil d'Etat mais que, tant qu'il n'est pas revêtu de la signature du Chef du gouvernement, rien n'en peut être révélé.

Que les principes de la charte aient été admis à y figurer est certes un succès que beaucoup n'osaient espérer. Mais les réserves faites pour l'application de ces principes en matière de médecine sociale font dresser l'oreille. En fait, pour beaucoup de médecins, 95 % de leur activité ressortit à la médecine sociale. Et exclure de celle-ci les principes de la charte revient à les abolir presque totalement. Les médecins doivent, semble-t-il, s'attendre à un repli en bon ordre de ce côté. Mais la plupart d'entre eux n'ont-ils pas déjà compris qu'un assouplissement de la doctrine est nécessaire ?



La contribution de 200 francs demandée par le Conseil National à tous les médecins français en faveur des sinistrés a provoqué quelques protestations. Protestations qui s'adressent non à la souscription en elle-même (son emploi de solidarité est indiscutable) mais à la façon dont elle est perçue.

Le Conseil National convient lui-même qu'elle est un peu cavalière et s'excuse sur l'urgence. Ne convient-il pas en effet dans les circonstances actuelles, de passer sur les formes et d'admettre que c'est ici plus que jamais l'occasion de dire : la fin justifie les moyens ?



Commentant les enseignements d'un scandale récent, nous demandions, dans le *Concours* du 15 mai dernier, une réforme de la loi du 5 août 1899 sur le casier judiciaire.

Cette loi prévoit, en effet, deux catégories différentes d'extraits du casier judiciaire :

Le bulletin n° 2 portant le relevé intégral du bulletin n° 1 qui est la pièce originelle conservée au Greffe du Tribunal de Première Instance du lieu de naissance.

Le bulletin n° 3 où ne sont pas inscrites les condamnations

a) effacées par la réhabilitation ; *b*) prononcées en pays étranger pour des faits non prévus par les lois pénales françaises ; *c*) pour délits prévus par la loi sur la presse (sauf en cas de diffamation ou d'outrage aux bonnes mœurs) ; *d*) à l'emprisonnement avec sursis.

De plus, cessent d'être inscrites après un certain temps au bulletin n° 3 certaines condamnations de prison ou d'amende. C'est ainsi que quinze ans après l'expiration de la peine corporelle la condamnation unique *supérieure à deux années d'emprisonnement* est effacée.

Le bulletin n° 2 est délivré sur leur demande aux magistrats du Parquet et de l'Instruction, aux autorités militaires et maritimes, aux juges de paix, et aux administrations publiques de l'Etat pour le recrutement de leur personnel.

Le bulletin n° 3 peut être réclamé par la personne qu'il concerne et par elle seule.

On voit donc qu'un citoyen peut présenter un extrait de casier judiciaire vierge (bulletin n° 3) et être cependant, aux yeux de la justice, beaucoup moins vierge qu'il ne paraît.

Aussi demandions-nous que pour l'inscription d'un médecin au Tableau de l'Ordre fût exigé le bulletin n° 2 et non le bulletin n° 3, l'appréciation de moralité devant en être beaucoup mieux éclairée.

C'est chose faite : une loi du 30 juin 1944, publiée d'autre part dispose que le bulletin n° 2 est délivré comme aux administrations publiques de l'Etat « ... aux Conseils régionaux de l'Ordre des médecins en vue de l'inscription des médecins, chirurgiens, dentistes ou sages-femmes au Tableau de l'Ordre, ou de l'exercice de poursuites disciplinaires... »

Réjouissons-nous d'avoir si totalement obtenu gain de cause et félicitons les pouvoirs publics de leur célérité. « Qui cito dat, bis dat ».



Un communiqué adressé à tous les médecins de France leur fait part de la grande misère du *Bulletin de l'Ordre* : investi d'un caractère officiel, il ne peut publier que des textes officiels, ce qui, en soi-même, est déjà une disgrâce certaine. En outre, comme « sa parution rencontre certaines difficultés dues aux circonstances actuelles », il s'est réfugié dans les limbes et sa voix prend un timbre impressionnant d'outre-tombe.

Toutefois, le Conseil National estime désirable de maintenir le contact avec les praticiens et, dans cette pensée, il a pris langue avec un journal « indépendant », et à coup sûr fort honorable, où il publiera chaque quinzaine des informations professionnelles et des articles de libres opinions, toutes choses introuvables, semble-t-il, ailleurs.

Ce qui revient à dire que le Conseil National, tenu dans ses propres aîtres aux formes et réserves de rigueur, va prendre ses aises chez autrui, à la façon des grands ducs d'antan.

Mais le journal ne pouvant être envoyé qu'aux abonnés, il échet aux médecins désireux d'être informés de souscrire un abonnement, ci 45 francs.

Or nous avons le souvenir d'avoir déjà souscrit pour la somme de 50 francs, un abonnement au défaillant *Bulletin de*

l'Ordre et le soupçon fort net de n'en avoir pas eu pour notre argent. Moyennant 45 fr. de plus, nous en obtiendrons la certitude.



On sait que plusieurs textes législatifs du temps de guerre limitent dans certains cas l'exercice de la médecine : 1° le décret-loi du 11 septembre 1939 (décret du 2 décembre 1939 pour l'Algérie) interdit, pendant un délai de cinq ans, à compter de la cessation des hostilités, aux médecins déplacés par ordre, d'exercer dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité ; 2° la loi du 2 avril 1941 qui a modifié le décret du 20 mai 1940 (arrêté du 23 septembre 1940 pour l'Algérie) dispose que les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940 (1er novembre 1940 pour l'Algérie) ne pourront être maintenus, après la cessation des hostilités, qu'avec l'autorisation du Conseil départemental de l'Ordre.

Le Conseil d'Etat vient de faire une intéressante application de ces textes dans un arrêt du 31 mars 1944, rendu à la requête d'un confrère installé en Algérie.

Voici les faits : le Dr R... fut requis le 13 juin 1940 pour exercer à Djidjelli. La réquisition fut levée le 22 août 1940, mais le Dr R.. continua son exercice dans la localité. Le gouverneur de l'Algérie crut pouvoir lui interdire toute activité à Djidjelli par décisions des 25 janvier 1941 et 1er avril 1941 Le Dr R... se pourvut en Conseil d'Etat.

Cette haute juridiction reconnut que la création de poste litigieuse, antérieure au 1er novembre 1940, tombait sous le coup de l'arrêté du 23 septembre 1940, mais que l'autorisation prévue par ce texte ne devant être demandée qu'après la cessation des hostilités, le Dr R... pouvait continuer d'exercer sans autorisation jusqu'à la fin de la guerre. Le Conseil d'Etat ajouta que si cette même installation était également frappée par le décret-loi du 2 décembre 1939 l'interdiction prononcée par ce texte, selon ses termes mêmes, ne pouvait cependant prendre effet qu'après la date de cessation des hostilités. La décision du gouverneur de l'Algérie fut donc annulée.

Les principes mis en jeu par le Conseil d'Etat pour cette affaire algérienne sont jumeaux de ceux qui seraient appliqués dans une instance métropolitaine. Il en résulte — ce dont nous nous doutions bien, mais dont nous sommes sûrs maintenant — que toute installation faite au mépris des textes que nous avons cités, ne peut être utilement attaquée qu'après la date de cessation des hostilités. Il en est toutefois autrement des installations qui feraient grief à des médecins prisonniers.



CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

a) ACCIDENTS DU TRAVAIL

2477. — Radiographes. attention à « l'accord préalable ».

Le 23 octobre 1943 le blessé C., accidenté au service de l'Entreprise P. m'est adressé par un confrère de X... médecin traitant, pour radiographie de l'hémithorax gauche (épreuve négative).

Ma note d'honoraires adressée le 14 mars 1944 m'est retournée sous prétexte que je n'avais pas, avant de pratiquer la radiographie, demandé l'acquiescement de la Compagnie d'assurance.

Je répondis aussitôt que je n'étais pas médecin traitant et qu'il ne m'appartenait pas de juger de l'opportunité de cette enquête.

Voici, avec ma note d'honoraires, la réponse à ma lettre qui est un veto absolu de paiement.

Qu'en pense le Conseil du Sou Médical ?

Comment pourrais-je exiger l'avis du médecin de la compagnie d'assurances pour un examen qui m'est adressé par le médecin traitant ?

Je serais heureux de connaître l'opinion du Conseil.

Dr P.

Réponse

L'article 27 *est formel en son alinéa* 3° : « *L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant* d'accord *avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué.* »

Aussi ai-je toujours conseillé aux confrères radiographes de ne jamais faire une radio sans s'être assurés de l'accord susdit, et, en cas de doute, de demander eux-mêmes l'accord obligatoire pour ne pas s'exposer à un refus de paiement par le patron ou assureur substitué. C'est ce qui vous arrive aujourd'hui et vous ne pouvez même pas vous retourner sur le blessé puisque depuis la loi de 1938 remplaçant celle de 1898, le patron est seul *tenu responsable des frais médicaux et pharmaceutiques.*

Conclusion : *Vous ne pouvez que vous retourner vers le médecin traitant qui est cause, lui seul, par sa négligence, de la perte que vous subissez.*

Dr F. Decourt.

362. — Qui doit fournir les objets de pansement ?

En plus du prix de l'acte médical, consultation, visite ou petite chirurgie, le « Centre médical » peut-il facturer aux compagnies d'assurances, les objets de pansements fournis aux accidentés, soit : coton hydrophile, gaze, alcool, etc.

Exemple : Article 16. Pansement de la main. 17 fr. + 8 fr. 50 = 25 fr. 50. Pour une blessure assez importante où le blessé doit venir aux pansements dix ou quinze fois selon l'état de la blessure, et où il aura été fourni quatre bandes de gaze, 50 gr. de coton. etc., puis-je facturer à la compagnie d'assurances : dix consultations-pansements à 25 fr 50 = = 255 fr. ; puis sous une autre rubrique : fourniture de quatre bandes gaze 5 × 0,07 ; et, fourniture de 50 gr. coton.

Je dois vous dire que depuis vingt-cinq ans que le

« Centre médical » est fondé, jamais il n'a été facturé de fournitures aux compagnies d'assurances en dehors des sérums et vaccins, mais aujourd'hui, devant l'augmentation croissante des objets de pansements, je désirerais être fixé sur la question posée ci-dessus.

D'autre part, si je facture aux compagnies les objets de pansements fournis, dois-je acquitter la taxe sur le chiffre d'affaires, sur les fournitures faites ?

Pour moi, je ne vois là qu'une sorte de récupération de fournitures, sans bénéfices, car les prix facturés seront ceux de facture.

Centre médical de la Cie X...

Réponse

Les médecins (sauf les propharmaciens) font de l'exercice illégal de la pharmacie, s'ils livrent, même gratuitement, des médicaments ou objets de pansements. Ils doivent faire des ordonnances et leur contenu est fourni par un pharmacien lequel se fait payer par le tiers-payant sur le vu de l'ordonnance et selon le tarif officiel. Même les sérums et les vaccins ne doivent pas être fournis par le médecin.

Dr F. Decourt.

b) ASSURANCES SOCIALES.

2323. — **Actes de phtisiologie.**

Vous me rendriez un grand service en me faisant connaître quels sont les coefficients K à appliquer aux actes de phtisiologie suivants que je ne trouve pas dans la nomenclature : lavage de plèvre, pleuroscopie, section de brides.

Dr L.-D.

Réponse

1° *Voir la* nomenclature en P.C. (in fine *en P.C.* 6). *Vous y trouverez :* lavage de la plèvre *(isolé ou en série) lorsqu'il n'est pas couvert par le coefficient de l'intervention.*

2° Pleuroscopie. *Rien dans les nomenclatures en cours. A signaler, toutefois, dans le Nomenclature dite « mort-née », page 24 : Phtisiologie. Pleuroscopie,* H 12.

3° Pleuroscopie avec sections des brides (ibidem) *par séance, H 20. Dans ces deux derniers cas, ces précisions pourraient peut-être servir de base à une réclamation faite à l'amiable devant la carence des nomenclatures en cours à l'heure actuelle.*

Dr F. Decourt.

LOYERS ★

1571. — **Les locataires qui ont été mobilisés ne peuvent être expulsés.**

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur la question suivante :

Locataire sans bail, depuis 1935, de la maison que j'occupe actuellement, la propriétaire me signifie congé par huissier pour le 1er octobre 1944, prétextant qu'elle désire venir habiter son immeuble. A-t-elle le droit d'agir ainsi ?

Etant donné :

1° Ma profession de médecin ;

2° Ma situation de famille (marié, deux enfants) :

3° Le fait que j'ai été mobilisé dans une unité combattante pendant toute la durée de la guerre 1939-1940 (croix de guerre homologuée) ;

4° Le fait que la propriétaire, domiciliée d'habitude à O..., possède plusieurs immeubles ici à S... et qu'elle les loue.

Au cas où je devrais m'incliner, je tiendrais à savoir si la propriétaire doit habiter effectivement la maison ?

Pendant combien de temps ?

Si elle a le droit de louer des chambres ?

Et de quelle façon puis-je avoir des garanties pour que la loi soit respectée ?

Dr A.

Réponse

Depuis 1935, vous êtes locataire de la maison que vous occupez en vertu d'un contrat sans détermination de durée. Conformément aux règles du droit commun, votre propriétaire était donc en droit à tout moment de mettre fin à cette location, sous la seule réserve de vous donner congé dans les délais impartis par les usages locaux. Elle n'a donc fait qu'user d'un droit certain en vous donnant congé pour le 1er octobre 1944 et en principe ce congé est pleinement valable. Mais son efficacité se trouve paralysée, en ce qui vous concerne, par les dispositions exceptionnelles de la législation réglant les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre.

En effet, suivant la jurisprudence de la Chambre sociale de la Cour de Cassation qui a interprété l'article 12 du décret-loi du 26 septembre 1939, modifié par la loi du 24 juin 1941, les locataires qui ont été mobilisés au cours de la guerre 1939-1940, doivent être maintenus de plein droit en possession des lieux loués aux conditions fixées par la convention venue à expiration jusqu'au terme d'usage qui suivra le décret fixant la cessation des hostilités, quelle que soit leur situation au moment du congé, même s'ils étaient démobilisés depuis longtemps à cette époque.

Tel est bien votre cas.

Le fait que votre propriétaire prétende vouloir reprendre la maison pour l'habiter personnellement ne saurait faire échec au droit que vous possédez.

Protestez donc par exploit d'huissier contre le congé qui vous a été donné, en invoquant la jurisprudence que nous avons rappelée et dont nous pourrons au besoin vous donner les références.

Dans le cas où votre propriétaire persisterait à vouloir poursuivre votre expulsion, vous pourriez aller devant le juge de paix ou devant le juge des référés suivant que votre loyer est inférieur ou supérieur à 4.500 fr. par an pour faire reconnaître votre droit.



AUTOMOBILISME

5677. — Contrôle de l'état de charge d'une batterie d'accumulateurs

J'ai une Simca-5 dont je me sers l'après-midi et le soir, et étant donné la profession, je me sers beaucoup du démarreur ; d'autre part, vu le peu de clarté que donnent les phares camouflés, à la nuit, je marche assez lentement : aussi je recharge peu les accus.

Etant donné cette utilisation intensive des accus, tous les matins pendant environ trois heures et du dimanche midi au lundi midi, je mets mes accus en charge, sans m'occuper s'ils en ont besoin (et d'ailleurs rien ne me l'indique), afin de ne pas rester en panne de démarrage ou de lumière.

Aussi je risque peut-être de recharger les susdits accus plus qu'il est nécessaire.

Y a-t-il un inconvénient à agir ainsi ? Est-ce que je ne risque pas d'abîmer ma batterie actuellement si difficile à remplacer ou à faire réparer ?

Dr V.

Réponse

Il y a un moyen très simple de connaître l'état de charge d'une batterie d'accumulateurs : c'est de mesurer avec un aréomètre Baumé la densité de l'électrolyte. Il existe chez les marchands d'accessoires — et on peut encore en trouver, je crois — des pipettes avec poire en caoutchouc qui contiennent à l'intérieur un petit aréomètre et qui permettent de faire aisément des prélèvements d'électrolyte dans chacun des éléments de la batterie.

Quand la batterie est chargée à bloc, la densité de l'électrolyte est de 28 à 30° Baumé ; quand elle descend à 18° B, c'est que la batterie est déchargée.

Vous pourrez ainsi vous renseigner très aisément sur l'état de charge de vos accumulateurs et ne les recharger que si cela est nécessaire.

D'ailleurs, il n'y a pas grand inconvénient à trop charger une batterie, à condition que le courant de charge soit très faible, c'est-à-dire au maximum : le 1/20 ou le 1/30 de la capacité, soit par exemple un ampère à un ampère et demi pour une batterie de Simca-5.

Henri PETIT.

DEMANDES ET OFFRES

N° 164. — Appar. radio abs. nf à vendre. Ecr. journal qui transm.

N° 165. — Méd. de camp. surmené demande pour l'aider j. méd. actif homme ou femme, prétent. raisonn. Office du Travail, 1, boul. du 14-Juillet, à Troyes.

N° 166. — Demande squelette complet articulé avec ou sans son support. Dr Albert, à Amplepuis (Rhône).

N° 167. — Suis acquér. d'une moto 3 ou 4 CV de préfér. Motoconfort à culbuteurs, 39, ou 40, très bon état. Dr Pécunia, Arc. 16-48.

N° 168. — Médec. cherche chez confr. 2 ou 3 pièces profess. pour y exerc. ophtalmologie, accepter. associat.

N° 169. — Echanger. pneu neuf vélomoteur 600×50, contre 600×65 ou 24×2,375 même état. Dr Courtois, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).

N° 170. — A vend. collection Ann. Yeux, O.R.L., 1/2 squelette.

N° 171. — Ménage médic., sans enf., installé au centre de la France, demande à confr. de lui signaler fillette de 10 à 15 ans dans la gêne et suscept. d'adoption. Ecr. au journ. qui transm.

N° 172. — A céder : grille de Lysholm 32×32, cassettes radiogr. 30×40 et 24×30 ; châssis presse-photo 30×40 et 36×43 ; cuvette émaill. rectang. 40×50.

N° 173. — Infirmière diplôm. d'Etat hospital., expérim., connaiss. anesthésie est demandée pour clin. chirurg. privée, nourrie et logée. Dr Boquet, Château de Salomon, à Monttayral (Lot-et-Garonne).

N° 174. — A vend. appar. analgésie Walton-Minitt neuf. S'adr. Méheux, 2, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 3e trimestre 44
G. BLANCHONG & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
N° d'autorisation : 77 N° au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE N°s 34 à 39 SEPTEMBRE 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

PARTIE PROFESSIONNELLE

DEMI-COLONNES



DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris

Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 6 juillet, a proposé :

Pour la chaire de thérapeutique (dernier titulaire, M. Aubertin), en première ligne, M. Guy Laroche, en seconde ligne, M. Turpin.

Pour la chaire de pharmacologie et matière médicale (dernier titulaire, M. Tiffeneau), en première ligne, M. Hazard, en seconde ligne, Mlle Lévy.

Pour la chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques (dernier titulaire, M. Chiray), en première ligne, M. Justin-Besançon, en seconde ligne, M. Cachera.

Clinicat. Sont nommés chefs de clinique chirurgicale : MM. Germain, Eudel et Gaudrille (Hôtel-Dieu), Desfosses et Léandri (Salpêtrière), Campagne (Saint-Antoine), Marzet, Ronsin et Fénelon (Cochin), Wolinetz (Pitié, neuro-chirurgie), Aupinel, Debost, Leroy et Pointeau (Enfants-Malades, chirurgie infantile).

Hôpitaux de Paris

2e *Concours de chirurgien des hôpitaux* : M. Lucien Léger a été nommé.

2e *Concours de médecin des hôpitaux* : MM. Grossiord, Boigert et Domart ont été nommés.

Concours de médecin de l'assistance médicale à domicile. Sont nommés : MM. Dubois, Bidou, Ogliastri, Cochard, Lambert, Mlle Clavel, MM. Pomes, Minet.

Internat des hôpitaux communaux de la région parisienne. Sont nommés à la suite du récent concours : *Internes,* MM. Laumonier, Dionisi, Routier, Friedel, Grellet, Vaujour, Mognetti, Postel, Brument, Malines, Roume, Mlle Le Lièvre, MM. Chauderlot, Hummel, Haye, Legros, Dumée, Meunior, Pelbois, Lemenager, Flavigny, Mlle Renaudin, MM. Duché, Laham, Juret, Pauleau, Balmary, Julia, Gauliard, Feliciano, Clin. *Externes en premier,* MM. Brisabois, Pépin, Barhet, Dubray, Vautrin, Nalpas.

Hôpitaux de Lyon

Le concours de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Albert Trillat.

Naissances

Nous apprenons la naissance do Josette BÉMER, fille du docteur Bémer, de Ban-de-Laveline (Vosges) ; de Gilles MIROUDOT, fils du docteur Michel Miroudot, de Montbéliard ; de Martine BRUN, fille du docteur Maxime Brun, de Saint-Gervais-les-Bains ; de Françoise JOURDAIN, troisième enfant du docteur René Jourdain, de Raddon (Haute-Saône) ; de Jean-Louis SÉNIÉ, deuxième enfant du docteur Francis Sénlé, de Portet-sur-Garonne (Haute-Garonne) ; de Marie-Louise Claire NICOLLE, fille du docteur Ch. Nicolle, de Dijon ; de Pierre-Étienne JOURDY, fils du docteur Jourdy, de Paris ; de François-Patrick WOLFF, quatrième enfant du docteur Raymond Wolff, de Roanne ; de Béatrice JAMES, deuxième enfant du docteur René James, médecin consultant à Vichy, et petite-fille du docteur Robert, de Clermont-Ferrand ; d'Anne-Marie PITOUS, fille du docteur André Pitous, de Castelnau-d'Auzan (Gers) ; de Béatrice CHAUSSADE, deuxième enfant du Docteur Jean Chaussade, de Beaumont-du-Gatinais (Seine-et-Marne) ; de Patrick WATERLOT, troisième enfant du Docteur Waterlot, d'Arras ; de Marie-Louise MAZENQ, deuxième enfant

du Docteur P. Mazenq, de Lafeuillade-en-Vézie (Cantal) ; de Charles Lavielle de la Rivière, troisième enfant du Docteur B. Lavielle de La Rivière, de Dax.

Le docteur et Madame Raymond Jodin sont heureux de faire part de la naissance de leur fille Marie-Odile (Paris, 12 juin 1944). Nous adressons à notre collaborateur et ami et à Madame Jodin, nos plus sincères félicitations.

Fiançailles

Le Docteur E. Bernard, de Nesle (Somme), annonce les fiançailles de son fils Pierre, externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Colette Namuroy.

Mariage

Nous apprenons le mariage du Docteur Pierre Boudin, de Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise), avec Mademoiselle Anne-Marie Alliot.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Abel Watelet, ancien secrétaire général de l'Association générale des médecins de France ; du Docteur Et. Devoir de Rouen ; du Docteur Germès, de Luchon ; du Docteur Lucie Abricossoff, médecin-inspecteur des Ecoles de la Seine ; de M. Trillat, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine ; du Docteur J Dubois, de Beaumont-sur-Oise ; du Docteur Albert de Vadder, de Saint-Denis ; du Docteur Roujon, de Sumène (Gard) ; du médecin général Worms.

Le Docteur Bailleul fait part du décès, à Rieux-en-Cambrésis (Nord), de son père, Monsieur Gaston Bailleul.

Le Docteur Jean Corcelle, de Thoiry (Ain), fait part du décès de son fils Didier, à l'âge de 9 mois.

Nous apprenons la mort de M. Lejars, interne de l'hôpital de Chartres, tué au cours d'un bombardement aérien, alors qu'il se rendait à l'hôpital pour prendre son service ; du Docteur Moenner, tué pendant le bombardement de La Loupe (Eure-et-Loir), dans l'accomplissement de son devoir professionnel ; du Docteur A. Fouassier, de Trun (Orne), tué dans un bombardement, sur route ; du Docteur Frinault, de Laigle (Orne), tué en service lors du bombardement de cette ville. Nous saluons respectueusement la mémoire de nos confrères, victimes du devoir professionnel.

Le Docteur Guy-Dumas, de Faverney (Haute-Saône), fait part du décès de sa femme.

Avis à nos abonnés

Le présent numéro était composé avant la Libération. Nous avons tenu à l'envoyer à nos abonnés afin de compléter leur collection. Ceux-ci vont recevoir par ailleurs notre numéro d'octobre, qui contiendra toutes les informations d'actualité désirables.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly
Directeur : Docteur J. Noir
Rédaction. Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
Abonnements : 1 an, 120 francs. Etudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSISTANCE PUBLIQUE

Indemnités

En application des dispositions de l'arrêté en date du 27 avril 1944, les médecins inspecteurs et médecins inspecteurs adjoints de la santé, les inspecteurs et inspecteurs adjoints des services de l'assistance pourront recevoir, à compter du 1er janvier 1944, des indemnités forfaitaires de déplacement (repas et découcher) fixées, pour chaque département, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, sans que le taux maximum annuel puisse excéder 7.956 fr. pour les agents chefs de famille et 6.760 fr. pour les célibataires.

(*J. O.*, 12 juillet 1944).

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Loi du 27 juin 1944 modifiant les conditions de recrutement des professeurs titulaires des facultés de médecine.

Décret du 27 juin 1944 portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite loi.

En vertu desdits loi et décret, les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médicale), sont choisis entre les candidats docteurs en médecine âgés d'au moins 30 ans et ayant soit enseigné depuis deux ans au moins dans un établissement de l'Etat ou un établissement d'enseignement supérieur libre, soit occupé un emploi de médecin des hôpitaux.

(*J. O.*, 21 juillet 1944).

HOPITAUX ET HOSPICES

Un décret du 31 mai 1944 crée un comité d'organisation des hôpitaux libres

(*J. O.*, 3 juillet 1944.)

LOYERS

Loi du 13 juin 1944 modifiant le décret du 26 septembre 1939

ARTICLE PREMIER. — Il est inséré entre l'alinéa 8 et l'alinéa 9 de l'article 9 du décret du 26 septembre 1939, modifié par le décret du 1er juin 1940, réglant les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre, l'alinéa suivant :

« Lorsque les lieux loués se trouvent situés dans un secteur reconnu menacé par décision du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances, ou par un préfet auquel une délégation spéciale a été donnée à cet effet, et qu'ils ont en fait cessé d'être habités, le locataire, qui appartient à la catégorie de population dont l'évacuation est conseillée par les autorités susvisées, bénéficie pendant la période durant laquelle le secteur est reconnu menacé, sur présentation d'une attestation délivrée par le maire de la commune, de la réduction de loyer prévue à l'alinéa précédent, dans les conditions fixées audit alinéa. »

(*J. O.*, 7 juillet).

MAISONS DE SANTÉ

Arrêté fixant le montant des cotisations dues par les maisons de santé privées au Comité d'Organisation

Par arrêté du 3 mai 1944, en vue de pourvoir aux dépenses du Comité d'Organisation des maisons de santé privées, tout établissement ressortissant dudit comité versera une cotisation fixée pour 1944 conformément au tableau ci-après :

360 fr. jusqu'à	10 lits
500 — de 11 à	20 —
700 — de 21 à	30 —
900 — de 31 à	50 —
1.100 — de 51 à	75 —
1.250 — de 76 à	100 —
1.350 — de 101 à	150 —
1.400 — de 151 à	200 —
1.450 — de 201 à	500 —
1.500 — au-dessus de	500 —

La cotisation perçue au profit du Comité est majorée de 40 % pour couvrir les dépenses de l'Office Central de Répartition des Produits industriels.

Le recouvrement des cotisations prévues par cet arrêté sera assuré par la Caisse Autonome de Recouvrement des Comités d'Organisation.

(*J. O.*, 12 juin).

MÉDECINE DU TRAVAIL

Décret n° 1155 du 14 mars 1944, modifiant l'art. 4 du décret n° 313 du 4 février 1942 fixant les conditions de désignation et de remunération des médecins inspecteurs et inspectrices du travail.

ART. 1er. — L'article 4 du décret du 4 février 1942 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

« ART. 4. — Il est attribué aux médecins inspecteur généraux, compte tenu des titres et services antérieurs de chacun d'eux, une allocation annuelle dans la limite d'un maximum de 144.000 francs, sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 92.400 francs... ».

(*J. O.*, 18 juillet 1944).

MASSEURS MÉDICAUX

Examen d'entrée aux écoles préparant au brevet de masseur médical

Un arrêté du 30 juin 1944 fixe le programme de l'examen d'entrée aux dites écoles.

(*J. O.*, 12 juillet 1944).

PROTECTION DE LA JEUNESSE

Loi du 3 juillet 1944 relative à la protection des mineurs déficients ou en danger moral

Cette loi porte création d'un service de l'enfance déficiente ou en danger moral et d'un Conseil supérieur de l'enfance déficiente ou en danger moral.

(*J. O.*, 12 juillet 1944).

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Par arrêté du 15 juin 1944, les médecins non fonctionnaires, membres des commissions de réforme instituées par la loi du 14 avril 1924 (art. 20), ont droit, pour leur participation aux travaux de ces commissions, à une indemnité calculée à raison de 20 francs par malade examiné, sans que cette indemnité puisse être inférieure à 100 francs pour chaque séance de la commission.

Cet arrêté aura effet à compter du 1er janvier 1944.

(*J. O.*, 22 juillet 1944).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2564. — Dérangement de nuit et surveillance prolongée

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant au sujet d'un accident du travail. Que compter pour une consultation de nuit : doit-on tripler comme pour la visite de nuit ?

D'autre part (article 6) doit-on tripler le prix d'une consultation pour une demi heure de « surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie » lorsque cette surveillance s'effectue la nuit.

Dr C.

Réponse

a) *Le prix de la consultation est triplé entre* 21 *heures et* 6 *heures.* (*Art.* 4).

b) *Il n'est pas dit à l'article* 6 *que la demi-heure de surveillance faite de nuit doit être triplée. Dans ce cas, vous triplez évidemment la visite de nuit, mais pas les demi-heures supplémentaires, ce qui s'explique d'ailleurs, le même « dérangement de nuit » ne pouvant être l'objet de* plusieurs *majorations.*

Dr F. Decourt.

3109. — 1° Accord préalable en kinésithérapie

1° En matière d'accidents du travail, les arrêtés ministériels du 5 mai 1939 et du 17 mai 1943 prévoient pour l'électrothérapie, l'accord préalable sur le nombre de séances à effectuer.

En est-il de même pour le massage, la mobilisation et la mécanothérapie ?

Dr C.

Réponse

a) *En matière d'accidents du travail, le tarif en cours depuis le* 1er *janvier* 1939 *est celui inclus dans l'arrêté du* 5 *mai* 1939 *et pas d'autre ;*

b) *Il est dit, art.* 28 : *Observations* 2° « *Tout traitement par séance de kinésithérapie et de mécanothérapie devra être prescrit par le médecin traitant* d'accord *avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, sur demande techniquement motivée du médecin traitant par lettre recommandée* ».

Dr F. Decourt.

ASSURANCES SOCIALES

3074. — Refus de prestations en cas de fausse couche avant le septième mois

Une de mes clientes est enceinte et accouche à cinq mois et demi de trois filles. L'accouchement est fait par la sage-femme qui lui demande 1.100 francs d'honoraires. La cliente paie et envoie ses feuilles de maternité à la Caisse d'assurances sociales où son mari est assuré. Voici ce que la Caisse lui répond :

« Nous avons le regret de vous informer que la loi des Assurances sociales prévoit que toute fausse couche intervenant avant le début du septième mois de la grossesse ne peut être remboursée par l'assurance-maternité.

« Or le certificat établi par Mlle P. indique que vous avez accouché de trois filles mort-nées à 5 mois et demi.

« D'autre part, nous vous faisons connaître que les prestations médicales ne peuvent être prises en charge par l'Assurance-maladie que si elles ont été effectuées par un médecin ».

La Caisse d'assurances sociales est peut-être en droit de refuser les prestations maternité, mais tout n'est pas prévu dans la loi des Assurances sociales et il me semble bien que l'accouchement de trois jumelles à 5 mois 1/2 équivaut largement à un accouchement d'enfant unique à 9 mois.

De plus, d'après ce que répond la Caisse d'assurances sociales, la personne ne pourra même pas toucher l'assurance maladie parce que l'accouchement n'a pas été effectué par moi-même. Est-ce normal ?

La Caisse d'assurances sociales ne devrait-elle pas montrer, dans un cas assez rare comme celui d'un accouchement triple, un peu plus de largeur de vue et rembourser les prestations d'un accouchement simple ? Au moment où l'Etat fait tant pour augmenter la natalité, l'assurée en question trouve un peu dur d'en être totalement pour ses frais et de voir la Caisse d'assurances sociales se dérober entièrement à tout remboursement. Quel est votre avis à ce sujet ?

Dr V.

Réponse

La situation dans laquelle se trouve votre cliente est évidemment bien intéressante, mais nous ne pensons pas, malheureusement, qu'elle puisse exiger quoi que ce soit de la Caisse d'assurances sociales, étant donnés les textes.

Vous savez, en effet, qu'aux termes de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 contenant tarif de réassurance, n'est pas considérée comme accouchement dystocique et est indemnisée dans les conditions de l'assurance-maladie, la fausse-couche intervenant avant le début du septième mois. Ce texte ne distingue pas, selon que la fausse-couche est afférente à un ou plusieurs enfants. Votre cliente aurait donc droit aux prestations de l'assurance-maladie, aux termes même de ce texte, si les soins lui avaient été donnés par un médecin. Il ne semble malheureusement pas possible d'utiliser quelque texte que ce soit relatif à l'assurance-maternité ou à l'assurance-maladie pour lui permettre de se racheter de la déchéance qu'on lui oppose.

A notre avis, la sage-femme, constatant qu'il s'agissait d'une fausse-couche intéressant plusieurs enfants, aurait dû faire appel à un médecin, considérant ce cas comme un cas de dystocie grave. Ceci aurait permis à votre cliente d'être remboursée.

Si, en droit strict, nous craignons, ainsi que nous vous le disions, que votre cliente ne puisse rien obtenir, nous pensons que peut-être en demandant le bénéfice des prestations supplémentaires du Service de solidarité, elle pourrait obtenir au moins une indemnisation partielle à titre de secours. Il faudrait évidemment savoir au préalable si elle rentre dans la catégorie des assurées susceptibles de bénéficier de ce service, c'est-à-dire si son mari est un assuré en chômage partiel ou total, ou un assuré prisonnier, ou privé de ressources suffisantes, ou sinistré, ou chargé de famille, c'est-à-dire ayant au moins trois enfants à sa charge.

Conseillez donc à votre cliente de faire une démarche auprès de la Caisse en se basant sur la circulaire du 1er février 1941, et celle du 18 décembre 1941.

Voir la suite de la Correspondance **page** 455

PRÉVENTION DU TÊTANOS

Docteur Marc ISELIN

La prévention du tétanos est une des plus grosses acquisitions qui ait été faite dans notre siècle : quoique théoriquement assurée par le sérum, bien avant 1914, tous les chirurgiens de la génération qui nous a précédés ont gardé le souvenir de salles entières de tétaniques, blessés de la bataille de la Marne; qui mouraient dans des souffrances effroyables. Dès l'hiver suivant, la sérothérapie faite au poste de secours même et répétée huit jours après, à l'ambulance, devenait la règle, et pendant toute la guerre les cas ne furent plus que sporadiques.

Mais le temps de paix pose des problèmes tout différents, car les cas de tétanos sont rares et surtout ils *apparaissent souvent après des blessures minimes*. En effet, dans la statistique si documentée et si remarquablement étudiée, rapportée en 1935 par M. Bazy à la Société de Chirurgie, dans 70 % des cas la plaie était si insignifiante que les blessés n'avaient même pas consulté un médecin, blessés sur lesquels *quarante-sept fois il n'était pas même possible de déterminer la porte d'entrée*.

Fallait-il alors recommander la sérothérapie primitive systématique et tomber dans l'excès rapporté par cet auteur citant par exemple le cas d'un enfant, ayant reçu une injection à chacune de ses chutes de bicyclette, quinze en tout ? Certainement pas ; d'une part, parce que c'est matériellement impossible, d'autre part, parce que ce n'est pas sans danger. En effet, Hardouin (de Rennes) ayant lui-même observé une mort subite après injection de 2 c. c. 5, a trouvé 15 cas analogues publiés dans la seule littérature française. De plus 3 % des morts de la statistique de M. Bazy, sont survenues malgré la sérothérapie préventive. Enfin, en plus du danger réel, en plus de son inefficacité trop fréquente, il ne faut pas oublier que la sérothérapie faite avec du sérum de cheval, détermine chez celui qui la subit, le développement d'une propriété anti-sérum générale qui diminue considérablement l'efficacité des autres sérums, quand on est obligé d'en faire.

On conçoit par conséquent l'intérêt capital de la *vaccination antitétanique*, une découverte entièrement française faite, par Ramon en 1917 (qui l'obtint à partir d'une toxine atténuée par l'adjonction de solution de Lugol), appliquée d'emblée par M. Bazy qui fit les premiers essais cliniques et fut l'apôtre de sa généralisation. En 1923, M. Ramon préparait une *anatoxine* antitétanique avec son collaborateur Zoeller ; il en étudiait les titrages et les propriétés et la faisait appliquer par les vétérinaires de l'armée dans certaines unités de cavalerie, et cela avec le succès le plus évident : 35.000 chevaux sans un cas de mort par tétanos. Rien n'empêchait plus de la rendre obligatoire pour tous les soldats de l'armée française.

La vaccination confère une immunité pour une durée de quatre ou cinq ans, immunité qu'il est possible de « faire rebondir » par une simple injection de rappel de 1 c. c.

Quels furent les résultats de cette vaccination pendant la guerre de 1939-1940 ? Etant donné les conditions dans lesquelles furent soignés les blessés, nous en sommes réduits aux impressions. Une discussion en 1941 à l'Académie de Chirurgie a permis d'établir la différence de gravité du tétanos entre l'ancienne guerre et celle-ci. M. Sauvé par exemple n'a observé que 7 cas de tétanos sur des milliers de blessés hospitalisés à Paris, avec une seule mort. Welti n'a pas vu un tétanos sur 218 blessés militaires, mais il en soigne un bénin sur 6 blessés civils. Michon en rapporte 5 cas traités à Bordeaux, tétanos apparus malgré injection de sérum, dont l'allure bénigne au début s'aggrava ensuite. Pendant les cinq jours de chirurgie de guerre qu'il m'a été donné de faire dans un gros H.O.E., pas un cas de tétanos ne fut signalé.

Cette diminution de fréquence du tétanos chez les militaires ne peut s'expliquer que par la vaccination subie par tous les jeunes soldats et non par des blessures différentes de celles de 1914, car, par ailleurs, on a observé toutes les complications relevées à cette époque avec même une fréquence plus grande des gangrènes gazeuses. De plus, les mauvaises conditions d'évacuation des blessés recréaient à peu de chose près les conditions de 1914 et beaucoup étaient opérés, comme à cette époque, plusieurs jours après leur blessure et à des centaines de kilomètres du champ de bataille. Il faut dire que l'application locale des sulfamides a été un facteur primordial dans ce changement, mais cette médication n'a pas été appliquée dans toutes les armées ; en particulier, dans celle à laquelle j'appartenais, elle était inconnue.

L'anatoxine antitétanique a donc largement fait ses preuves, et son emploi doit être au premier plan dans l'étude actuelle du traitement préventif du tétanos.

Que convient-il de faire en temps de paix ?

Deux cas se présentent : ou bien le blessé a déjà été vacciné, ou bien il ne l'a pas été (ou n'est pas certain de l'avoir été).

S'il est déjà vacciné, une injection de rappel suffit à « faire rebondir » l'immunité et met en principe le blessé à l'abri, d'après les travaux de M. Ramon. Ce fut par conséquent une très grosse surprise d'apprendre au début de cette guerre, que M. Ramon lui-même conseillait de faire du sérum à tout blessé, comme à l'ancienne guerre, qu'il eût ou non été vacciné antérieurement. Etait-ce parce qu'une partie seulement de l'armée avait été vaccinée, ou bien à cause de la difficulté qu'il y avait à savoir des blessés s'ils l'avaient été ou non ? Les deux raisons ont certainement milité en faveur d'une décision qui marquait un net recul sur les conclusions tirées des travaux expérimentaux. Mais à l'heure actuelle, avec la pénurie de sérum, il est beaucoup plus prudent de le réserver pour les cas déclarés et de se contenter, chez les autres, d'une injection de rapppel d'anatoxine.

Si le blessé n'a pas été vacciné, deux cas se présentent encore :

a) Le blessé est justiciable d'une intervention chirurgicale ;

b) La blessure est superficielle, trop insignifiante pour demander autre chose qu'un *simple badigeonnage* antiseptique.

A. Pour toute blessure, l'acte chirurgical est primordial, et de nombreux chirurgiens comme Lecène, Lexer, Bohler estiment qu'un bon traitement opératoire de la plaie (anesthésie suivie d'excision et de mise à plat des tissus contus) est un facteur plus important contre le tétanos que le sérum lui-même. Bohler prescrit systématiquement le sérum, lorsque la blessure a été opérée, et a rapporté 16.000 cas de plaies sans un seul cas de tétanos. Imbert (de Marseille) n'a jamais fait de sérum à ses opérés et n'a jamais observé de tétanos consécutif, et nombreux sont les chirurgiens dont l'expérience est analogue. Personnellement, je ne fais jamais faire de sérum après une opération satisfaisante.

De plus, le tétanos est relativement rare en temps de paix : sept cas sur 150.000 blessés dans les houllières du Nord, et que sait-on de ces sept cas ? Avaient-ils seulement été opérés convenablement ? A Zurich, la proportion est un peu plus grande : sur 10.000 blessés soignés par des médecins praticiens en 1930, on n'a jugé bon de pratiquer la sérothérapie préventive que dans deux cents cas ; il y a eu quatre cas de tétanos dans les autres, mais on ne dit pas combien avaient été opérés et combien avaient été simplement pansés.

A la suite d'un procès retentissant dans lequel un médecin fut condamné pour ne pas avoir fait de sérothérapie préventive, il y eut une propension naturelle à en faire systématiquement, mais avec des inconvénients tels, que la grande société d'assurance suisse contre les accidents du travail (la S. U. V. A.) essaya par ses études statistiques d'établir le bien-fondé de cette pratique. La conclusion de cette enquête fut déterminée en quelques mots par de Quervain et Clairmont : « Ne pas avoir fait de sérum antitétanique ne constitue pas une faute personnelle ». Mais que l'on me permette de citer mon ouvrage sur la chirurgie de la main : « Le médecin qui, en présence d'une plaie du doigt ou de la main ne l'a pas traitée chirurgicalement et s'est contenté d'une injection de sérum antitétanique n'a fait qu'une partie de son devoir ».

Dans ces conditions faut il faire une injection de vaccin ? Même si l'immunité ne se développe qu'au bout d'une semaine ? Il n'y a à cela que des avantages, car ce sera l'occasion de vacciner le blessé, en lui faisant à huit jours d'intervalle les deux autres injections. De plus, il n'y a pas que les blessés que l'on puisse vacciner ; en effet, les nombreux cas de tétanos *post-abortum* rapportés dans ces dernières années ont amené certains chirurgiens à préconiser avec raison la vaccination systématique de tous les avortements, ou mieux à propos des avortements.

B. Quand la blessure ne requiert pas de traitement chirurgical, il faut entreprendre immédiatement une vaccination plutôt qu'une injection de sérum. Les arguments sont nombreux : le danger de tétanos est minime, comme le montrent les grandes statistiques ; la sérothérapie n'est pas sans danger, elle entraîne des répercussions sur l'état d'immunité générale du sujet, enfin elle est onéreuse; mais surtout sa répétition pose des problèmes délicats, alors que les blessures insignifiantes sont particulièrement fréquentes. Les dangers de l'anatoxine sont inférieurs à ceux du sérum, l'immunité si elle n'apparaît qu'au bout de huit jours dure quatre ou cinq ans et le problème de la répétition des accidents est facilement résolu : enfin elle est peu onéreuse. Il semble bien que ce soit la technique à utiliser systématiquement, profitant en quelque sorte de la blessure pour vacciner le plus grand nombre possible de gens.

En résumé, on voit que deux conclusions ressortent de cet exposé :

La primauté du traitement chirurgical ;

L'emploi large de la vaccination antitétanique aux dépens de la sérothérapie qui, elle, reste l'arme essentielle contre le *tétanos déclaré*.

Y aurait-il donc intérêt à généraliser la vaccination antitétanique ? Je le crois fermement, et pour ma part je me suis fait vacciner pendant la guerre et ai fait de même pour mes enfants. D'ailleurs, depuis quelques années, en plus de l'armée, de grandes organisations comme les compagnies de chemins de fer du P.O. et de l'Est, les Magasins du Bon Marché, etc., ont adopté cette ligne de conduite à l'égard de leur personnel. Ce qui prouve au moins l'innocuité de cette simple précaution susceptible de mettre le sujet à l'abri d'une complication d'autant plus effroyable qu'elle survient parfois à la suite de lésions insignifiantes.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

SUR L'APPARITION ET L'ÉVOLUTION DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

I. — Quelle est la proportion des tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques.

On admet aujourd'hui que toute pleurésie, qui ne fait pas sa preuve (infection ou dyscrasie) est une pleuro-tuberculose primitive. Le pronostic immédiat de la pleurésie est généralement favorable, mais quel est l'avenir lointain de cette affection, en tenant compte de la possibilité d'autres localisations tuberculeuses, en particulier dans le poumon sous-jacent ? Les premières statistiques admettaient pour l'évolution tuberculeuse ultérieure une proportion minima de 60 à 70 p. 100. C'était là trop de pessimisme, et le Professeur Brelet (de Nantes) fait une révision intéressante de la question (1). Sa statistique est actuellement de 100 cas ; elle ne comprend que des pleurésies séro-fibrineuses vérifiées par une ponction exploratrice. Les malades sont tous des hommes, relativement jeunes, de bonne santé antérieure, vus dans un Centre de réforme ; presque tous cultivateurs, ils sont retournés à la charrue, la guerre terminée ou le service militaire fini ; ils ont été suivis pendant très longtemps, vingt ans pour beaucoup, dix ans au moins pour les autres. On peut donc penser qu'aucune tuberculose post-pleurétique n'ait échappé à cet auteur, puisque la tuberculose pulmonaire survient presque toujours dans les quatre ou cinq années qui suivent la pleurésie.

Se basant sur ses recherches, M. Brelet divise les anciens pleurétiques en quatre groupes : ceux qui sont complètement guéris (34 p. 100) ;

Ceux qui gardent de leur maladie des séquelles importantes, rétraction de l'hémithorax, affaiblissement plus ou moins marqué du murmure vésiculaire, etc. (43 p. 100) ; ceux qui sont atteints de localisations tuberculeuses extra-pulmonaires, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, etc. (7 p. 100) ; enfin, les tuberculeux pulmonaires (15 p. 100).

La révision du pronostic pessimiste, attribué à la pleurésie, doit se poursuivre dans un intérêt pratique, par exemple quand il s'agit de donner un avis médical à l'occasion d'un mariage, d'une assurance sur la vie. Certaines administrations éliminent tous les postulants ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, mais ce règlement, facile à appliquer, paraît trop sévère ; ne pourrait-on pas admettre tout candidat, dont la pleurésie date de cinq ans et n'a pas laissé de traces ?

***

II. — L'évolution de la tuberculose dans les conditions actuelles.

Un grand nombre d'individus subissent l'infection par le bacille de Koch, mais il est admis que 3 p. 100 d'entre eux seulement présentent par la suite une tuberculose maladie. Or, MM. Ameuille, Fauvet et P. Renault ont cherché à savoir si, dans les circonstances actuelles, le rapport entre le nombre de ces tuberculoses maladies et le nombre de tuberculoses latentes n'a pas changé. Pour apprécier ces faits, disent-ils, on ne peut se fier absolument aux statistiques, car elles comportent de multiples causes d'erreur et sont actuellement faussées par les déplacements massifs de populations. Aussi, sans accorder trop de valeur à des chiffres forcément imprécis, se sont-ils attachés surtout à tirer des enseignements de l'observation clinique et du contrôle anatomique.

De septembre 1939 à la fin de 1940, la fréquence et l'aspect de la tuberculose n'ont pas subi de changements notables. Mais les deux années qui ont suivi, avec les inquiétudes, les fatigues et les privations qu'elles amenaient, ont eu des conséquences très graves. On a bientôt constaté un accroissement d'apparence considérable dans le nombre des malades, *au cours des années* 1941 *et* 1942. La fréquence et la gravité des primo-infections n'ont pas échappé aux pédiatres. En présence d'une manifestation même discrète, il fallait toujours craindre une extension des lésions pulmonaires ou une dissémination (fréquence accrue des méningites tuberculeuses); les formes aiguës étaient devenues d'observation courante, à tel point que, dans la pratique médicale générale, en présence d'une hyperthermie prolongée, il fallait penser à la granulie plutôt qu'à la typhoïde. Les granulies s'observaient à tout âge, peut-être davantage après la cinquantaine ; elles réalisaient alors des formes frustes traînantes, non dyspnéiques, sûrement méconnues, quand l'examen radiologique ou l'autopsie ne pouvait être pratiqué. Les lésions extra-pulmonaires, devenues également communes, étaient notées aussi bien chez l'adulte et le vieillard, que chez l'enfant, dont elles sont l'apanage : polysérites, adénites d'allure traînante, sans atteinte pulmonaire, mais avec un amaigrissement important. D'autre part, la gravité de la tuberculose en évolution était accrue : bilatéralisation rapide après pneumothorax, atteinte laryngée ou intestinale plus fréquente ou plus précoce. La pneumonie caséeuse devenait une manifestation banale, traduisant parfois la reprise d'une tuberculose paraissant guérie depuis plusieurs années.

Durant cette même période biennale, on notait aussi à l'examen anatomique, en dehors même des cas de granulie ou de pneumonie caséeuse, une extraordinaire diffusion des lésions, et la quasi-constance des adénopathies mésentériques caséeuses.

Cependant, *depuis quinze mois*, si la tuberculose n'a rien perdu de sa gravité, elle a modifié son aspect. Les formes pneumoniques et miliaires sont devenues plus rares, restant toutefois une menace constante. On voit surtout des tuberculoses, qui « banales » par leur aspect anatomo-radiologique, ne prennent une allure particulière, que par leur *rapidité d'évolution* ; elles brûlent les étapes, amenant la mort par cachexie, hémoptysie foudroyante ou amylase. Ainsi actuellement, même dans les pires conditions physiques et morales, avec une ration alimentaire notoirement insuffisante, la tuberculose prend une allure de phtisie galopante (atteintes pulmonaires banales, mais étendues et largement excavées), sans revêtir la forme pneumonique ou miliaire ; ainsi les lésions anatomiques ont repris leur aspect banal.

Toutes ces constatations n'ont pas qu'un intérêt théorique, mais doivent nous faire considérer l'ave-

(1) L'avenir des pleurétiques. (*Paris médical*, 10 février 1944).

(2) Qu'est devenue la tuberculose dans les quatre dernières années ? (*Ibid*).

nir et reconsidérer le passé. L'aggravation ou la persistance des restrictions actuelles amèneraient inévitablement une augmentation du nombre des tuberculoses graves. Il est indispensable, pour préserver l'avenir de la race, de rapprocher de la normale les rations alimentaires, en particulier celles des enfants.

« Par ailleurs, nous avions peut-être trop tendance, à nous enorgueillir, en l'attribuant aux efforts médico-sociaux, de la régression de la tuberculose observée de 1920 à 1939. Il a suffi d'un changement dans les conditions d'existence pour qu'en quelques mois l' « armement antituberculeux », sans rien perdre de son activité, perde beaucoup de son efficacité. Nous devons trouver là, non une raison de découragement, mais une leçon de modestie ».

G. FISCHER.

L'ILÉUS SPASMODIQUE PRIMITIF

Les iléus, d'origines diverses, sont à l'ordre du jour. A côté des iléus alimentaires dont nous parlions dans notre numéro du 1er juillet 1914, les iléus spasmodiques primitifs ont été également étudiés, récemment, à l'Académie de chirurgie.

A l'occasion de trois observations, la première de MM. Fresnay, Geffroy et Petitot (de Rouen), la seconde de MM. Masmonteil et Livory, la troisième de M. Sénèque lui-même, M. SÉNÈQUE a présenté une mise au point de cette question, encore incomplètement élucidée.

Après avoir été, il y a quarante ans, l'objet de recherches nombreuses, les occlusions de l'intestin de cause spasmodique ont peu retenu l'attention des chirurgiens jusqu'à ces dernières années. Cliniquement, ces troubles revêtent soit une forme douloureuse (spasme simple sans occlusion), soit une forme occlusive, avec niveaux liquides constatés à la radio sans préparation, cette forme occlusive pouvant être passagère, à répétitions, ou parfois entraîner la mort. L'opération décèle non une occlusion proprement dite mais un spasme, une contraction spasmodique de l'intestin, qui cède d'ailleurs fréquemment aux manipulations intestinales pour réapparaître sur un autre segment, montrant le caractère non localisé du spasme.

Avant de poser le diagnostic d'iléus spasmodique primitif, il convient d'éliminer les troubles spasmodiques secondaires à des lésions locales (exsudats locaux, adhérences, petites tumeurs intestinales, parasites) et de penser aussi aux fausses occlusions *comme on en observe parfois* au cours des coliques hépatiques et surtout néphrétiques. Il se peut d'ailleurs que, dans l'avenir, une connaissance plus complète de ces lésions locales rétrécisse progressivement le cadre des iléus spasmodiques primitifs. La pathogénie desdits iléus offre encore bien des incertitudes. On a accordé un rôle à l'antipéristaltisme (Masmonteil et Livory), à des phénomènes anaphylactiques d'origine alimentaire, à l'hypertonie vagale (Leriche).

Le diagnostic est, en règle générale, d'ordre opératoire. Peut-être certaines images radiologiques (distension intestinale diffuse alors qu'un lavement opaque montre la perméabilité du côlon) seraient-elles susceptibles d'aider à ce diagnostic (Mondor).

La thérapeutique comportera, en premier lieu, la laparotomie, pour s'assurer qu'il n'existe pas de lésions intestinales sténosantes. Quand l'exploration est entièrement négative, on pourra, soit s'en tenir à cette simple laparotomie exploratrice, soit y associer une infiltration anesthésiante du mésentère, comme l'ont fait MM. Fresnais, Geffroy et Petitot. M. Leriche a observé de bons résultats après les infiltrations splanchniques.

Point intéressant pour le praticien. Les crises d'iléus spasmodique primitif sont souvent récidivantes. Le traitement préventif du retour des crises est d'ordre médical. On pourra s'adresser, à ce point de vue, à la diathermie, aux antispasmodiques (opium, belladone), rechercher s'il n'existe pas une cause d'intoxication alimentaire (Sénèque), etc. On a proposé également la rachianesthésie (Mayer), les injections intra-veineuses de sérum hypertonique, les injections intra-veineuses de novocaïne. La thérapeutique préventive en question, il est vrai, ne donne pas toujours, tant s'en faut, des résultats certains.

L'iléus spasmodique primitif est, d'ailleurs, une affection dont bien des points restent encore à l'étude.

P. LACROIX.

DES THÉRAPEUTIQUES ADJUVANTES CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

Par André MOULIS (de Toulouse)

Je dédie l'observation suivante aux médecins phtisiologues qui ont une foi absolue et exclusive en la cure de repos et d'aération et qui rejettent pour leurs tuberculeux tous les traitements médicamenteux, sous prétexte qu'aucun d'eux n'est capable de tuer le bacille de Koch.

En juin 1943, M. V..., âgé de 22 ans, est renvoyé d'un sanatorium de plaine pour venir mourir à Toulouse dans les jours qui vont suivre : le pronostic du médecin-chef est formel. M. V... est porteur de lésions ulcéro-fibreuses étendues à tout le poumon gauche avec une grosse géode allongée sous la clavicule et le poumon droit présente une scissurite avec quelques condensations récentes sus et sous-jacentes. L'état général est très mauvais, la température vespérale accrochée à 38° ; l'expectoration est abondante, l'asthénie et l'anorexie sont extrêmes : le malade n'a pu quitter son lit depuis des mois et il est même incapable de faire seul sa toilette. M. V... vient de faire un séjour d'un an au sanatorium et il a reçu comme seule médication, en tout et pour tout, vingt injections intra-veineuses de 5 c. c. de gluconate de calcium.

Je suis appelé par la famille et, en faisant les réserves d'usage, je veux bien essayer de tenter l'impossible. Il faut entreprendre d'emblée un traitement « mammouth », d'autant plus que le moral du malade est déplorable : il sait bien que tous les malades renvoyés du sana dans les mêmes conditions que lui sont morts rapidement et il se sent abandonné, irrémédiablement perdu. J'essaie donc de lui inspirer confiance en les thérapeutiques multiples que je vais essayer à la fois. Et je prescris :

1° Absorption hebdomadaire d'une ampoule de vitamine D_2 (à 15 mgr.).

2° Deux injections intra-veineuses par semaine de gluconate de calcium (10 c. c.) + vitamine C (2 c. c.).

3° Absorption quotidienne de cachets recalcifiants.

4° Ingestion quotidienne d'une ampoule à base d'extraits de rate vitaminés.

Après un mois de ce traitement, l'état général est déjà transformé : l'expectoration est minime, les forces sont revenues, le malade commence à se lever et fait même de très courtes promenades (mais la température qui est devenue habituellement normale, monte un peu après chaque sortie). L'état local reste cependant inchangé.

Mais, en octobre, le malade fait une poussée hémorroïdaire, suivie de l'apparition d'une fistule anale et l'on assiste à un fléchissement de l'état général en même temps qu'à une petite évolution du côté droit.

Non seulement tout est à recommencer, mais il faut même essayer de frapper plus fort. J'essaie donc d'adjoindre aux premiers traitements institués (et qui ont été poursuivis sans interruption) :

5° Deux injections intra-musculaires par semaine d'extrait hépatique + vitamine B_1.

Rapidement, l'état général s'améliore à nouveau et le malade peut recommencer ses petites promenades (plus longues même qu'auparavent). On constate que la température, absolument normale, ne monte plus après les sorties. Le malade a repris près de deux kilos depuis juin (alors que son poids avait fléchi pendant son séjour en sanatorium). L'état local reste stationnaire.

Evidemment, le pronostic reste très sombre. Cependant, l'amélioration générale est inespérée et, comme on ne peut invoquer pour l'expliquer ni le changement de climat, ni l'institution d'une cure de repos plus sévère qu'auparavant, il faut bien admettre que la thérapeutique instituée doit bien « y être pour quelque chose ».

On jugera de la résistance de ce malade : en janvier 44 il paie son tribut à la grippe qui sévit à Toulouse et je le trouve un soir avec 40°, délirant et soufflant «comme un poisson hors de l'eau». J'institue un traitement anti-grippal banal et, quatre jours après, je le trouve debout, tout guilleret, avec une température absolument normale et prêt à recommencer ses promenades.

***

L'association de la vitamine D à la calcithérapie est maintenant classique. Quoique certains phtisiologues restent sceptiques sur la valeur de cette thérapeutique, j'ai confiance en elle et je l'applique systématiquement : je compte d'ailleurs publier plus tard des radiographies de sujets qui, après des traitements recalcifiants intensifs, ont transformé des lésions ramollies en blocs calcifiés, extrêmement opaques aux rayons X, véritables «cailloux» intrapulmonaires.

La vitamine C a, elle aussi, quoique plus récemment, acquis droit de cité en phtisiothérapie : le bien-fondé de son utilisation sera démontré par des expériences en cours, notamment à l'Institut Pasteur (le Docteur Nègre a bien voulu me tenir au courant des essais poursuivis dans ses services).

Quant à la vitamine B_1, elle est moins utilisée chez les tuberculeux : cependant, elle m'a paru agir en de nombreux cas sur l'asthénie et l'anorexie. D'après certains auteurs, elle agirait sur le système nerveux central par son action strychninique ; en tous cas, son emploi me paraît très intéressant et les résultats obtenus me paraissent justifier un essai sur une grande échelle.

Les extraits hépatiques m'ont paru avoir une action très favorable sur l'état général. Il ne faut pas oublier le rôle néfaste que joue l'insuffisance hépatique sur l'évolution de la tuberculose chez la plupart des malades, c'est pourquoi on ne doit pas réserver cette thérapeutique uniquement aux tuberculeux anémiés (elle a été prescrite jusqu'ici surtout après les hémoptysies : Giraud, Ravina). [Notons, en passant, qu'un auteur vient de révéler récemment le rôle remarquable joué par les extraits hépatiques dans le traitement de la pneumonie (Cottin)].

En conclusion, le médecin-phtisiologue devra s'efforcer non seulement de *mettre les lésions au repos* (cure sanatoriale, collapsothérapie) et de *favoriser la recalcification* (calcithérapie et vitaminothérapie) mais aussi de *stimuler toutes les forces de défense de l'organisme* (je n'hésite pas à utiliser dans certains cas l'arsenic et la strychnine, proscrits par la plupart des phtisiologues et je n'ai jamais eu d'incidents) et de *remettre tout l'organisme en bon équilibre* (traiter les insuffisances du foie et les dysfonctionnements glandulaires : surtout thyroïde, surrénales et ovaires ; la désoxycorticostérone sera souvent employée avec succès comme Mollard, en particulier, l'a démontré). On ne le répétera jamais assez : le microbe n'est pas tout, il faut aussi s'occuper du terrain.

Les Livres

MASSON et Cie, éditeurs,

Maurice LARGET et J.-P. LAMARE. — **La maladie des opérés.** « MALADIE POST-OPÉRATOIRE » de LERICHE. Etude théorique et pratique. Préface du Professeur R. Leriche. Un vol., collection « Médecine et Chirurgie. Recherches et applications », 120 p., 16 fig., 1943. Prix : 45 francs.

Le Professeur Leriche a donné le nom de « maladie post-opératoire » à l'ensemble des phénomènes physio-pathologiques et cliniques qui succèdent à une intervention chirurgicale. S'appuyant, pour une bonne part, sur leurs travaux personnels, MM. Larget et Lamare présentent une vue d'ensemble de cette « maladie » dont l'étude est loin d'être close. Les effets de l'agression opératoire se traduisent par des troubles chimiques sanguins et de la physique sanguine, par des troubles du système cardio-vasculaire, respiratoire, etc. Les auteurs, après avoir envisagé ces phénomènes, étudient cliniquement la maladie post-opératoire ; ils exposent les recherches tendant à la connaissance de l'état du sujet avant l'opération, l'influence de la technique sur la maladie en question, le choc, les complications organiques diverses, la prophylaxie, la surveillance après l'intervention.

Tout chirurgien aura profit à lire ce livre d'expérience, conclut le Professeur Leriche dans sa préface.

Gaston DOIN et Cie, éditeurs,

P. RIMBAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Précis de séméiologie médicale élémentaire.** Un vol. 282 pages avec 142 figures en noir et 17 figures en couleurs : 145 francs.

Ce Précis, concis et schématique, s'adresse surtout aux jeunes étudiants. Simple mais complet, il doit leur permettre de combler les inévitables lacunes de l'enseignement oral, et de suivre avec plus de facilité et de profit les divers stages de clinique médicale.

Bien que l'auteur se soit particulièrement attaché à l'étude de la séméiologie objective, il a fait une large place aux explorations radiologiques et biologiques, complément indispensable d'un examen clinique approfondi.

Le chapitre consacré à l'étude de l'appareil digestif a été rédigé par le Docteur L. Gondard, chef des travaux pratiques à la Faculté.

De nombreux schémas, des photographies inédites, des planches en couleurs rendent attrayante la lecture de cet ouvrage essentiellement didactique.

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

Chez MASSON et CIE
120, boulevard Saint-Germain

Michel DECHAUME. — **Précis de stomatologie.** Un vol. 748 pages. 240 fig., 1944. Prix : 280 francs.

JOUVE et CIE, éditeurs

Dr Frédéric BENOIT. — **L'accouchement électrique. Technique d'accouchements rapides et analgésiques.** Une broch., 48 pages.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Propriétés biologiques de la corylophiline

(MM. C. Levaditi, H. Pénau, R. Pérault et H. Noury, pour la partie expérimentale, et M. R. Degos, pour l'application à l'homme ; 21-3-1944)

On a beaucoup parlé, au cours de ces dernières années, dans la littérature médicale de langue anglaise, de la pénicilline (Fleming et Abraham), substance dont l'action bactériostatique et bactéricide, *in vitro* tout au moins, serait remarquable et offrirait quelque analogie avec celle des sulfamides. Récemment (1943), M. Levaditi et ses collaborateurs ont montré que le penicilium corylophilum élabore un principe, la corylophiline (Co), très actif *in vitro* sur le staphylocoque, le trypanosoma equiperdum et, à un moindre degré, sur le streptocoque et le pneumocoque ; il immobilise le treponema pallidum.

La corylophiline a-t-elle des propriétés analogues *in vivo* ? MM. Levaditi et ses collaborateurs ont fait sur ce dernier point une série de recherches expérimentales d'où il résulte que chez la souris ou le lapin infectés par le trypanosoma equiperdum, le treponema pallidum, le streptocoque, le staphylocoque, la corylophiline a un effet curatif nul. Chez l'homme, par contre, M. Degos a obtenu de très beaux résultats au moyen d'applications externes d'une solution de corylophiline dans des cas d'anthrax volumineux, de gros furoncles, d'hydrosadénite, de périonyxis, ayant résisté aux traitements habituels, aux sulfamides iodés en particulier. La solution de corylophiline (à 1/1000) était appliquée localement plusieurs fois par jour ou employée en injections intra-nodulaires (hydrosadénite).

Pathogénie de la fièvre typhoïde. Sérothérapie de cette affection

(M. Hyacinthe Vincent ; 4-4-1944)

Le bacille typhique, dit M. Vincent, agit essentiellement non par lui-même, comme il est classique de l'enseigner, mais, à l'exemple d'autres agents toxi-infectieux, par l'intermédiaire des poisons solubles qu'il sécrète, plus ou moins tardivement et en quantités variables suivant certaines conditions, de race microbienne, d'adaptation, de résistance du sujet. Ceci permet de comprendre qu'au cours de la période d'incubation de la fièvre typhoïde, malgré la présence du bacille dans le sang, il n'existe pas de symptômes de la maladie, la symptomatologie étant sous la dépendance des toxines, non encore élaborées en quantités suffisantes.

M. Vincent a signalé, il y a déjà assez longtemps, la double sécrétion de toxines du bacille d'Eberth : l'une, à action sidérante sur le système nerveux (neurotoxine) ; l'autre, de laquelle relèvent les symptômes et les lésions entéritiques (entérotoxine). Cette double sécrétion toxique commande les symptômes et la marche de la maladie.

Dans ces conditions, la sérothérapie de la dothienentérie doit être surtout antitoxique. A la suite d'expériences longtemps poursuivies, M. Vincent a pu réaliser l'immunisation de chevaux en vue de la production d'un sérum efficace. Le sérum obtenu a été expérimenté par lui chez le cobaye, puis appliqué chez l'homme : 77 typhiques ont été ainsi traités avec 71 guérisons. L'injection intraveineuse du sérum, en particulier, a donné des résultats remarquables, les symptômes ayant cédé dans un délai de trois ou quatre jours, parfois plus tôt. L'auteur espère pouvoir augmenter la production de ce sérum, jusque-là obtenu en quantité restreinte en raison du manque de chevaux et du long temps nécessaire pour l'immunisation de ces animaux.

La salubrité des coquillages comestibles

(M. Louis Lambert ; 7-3-1944)

M. Louis Lambert, inspecteur général de l'Office scientifique et technique des Pêches maritimes, expose comment s'exerce, en application du décret du 20 avril 1939, le contrôle d'Etat visant à la salubrité des coquillages comestibles (huîtres, moules, etc.).

Au sujet des jus de fruits et produits à base de jus de fruits.

(M. H. Martel ; 14-3-1944)

Au nom de la Commission de rationnement, M. Martel propose le renouvellement de vœux antérieurement émis concernant les jus de fruits et produits à base de jus de fruits.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Vitamine K et prévention des hémorragies post-opératoires des hépatiques

(MM. Pierre Mallet-Guy et J. Ronchet ; 19-1-1944)

Depuis un an, avec l'usage de la vitamine K, M. Mallet-Guy n'a perdu aucun opéré biliaire d'hémorragie. Sa statistique comporte 92 observations, parmi lesquelles 49 cas d'ictère chronique et 13 cas de syndrome cholédocien intermittent.

La détermination du taux de prothrombine est à la base de toute indication correcte de la vitamine K. L'apport de vitamine K est inutile à l'égard de syndromes hémorragiques ne comportant ni facteur hépatique patent, ni diminution du taux de prothrombine.

— M. Moulonguet remarque que cette méthode peut être parfois en défaut si le foie est incapable de faire la transformation de la vitamine en prothrombine.

Traitement des séquelles de la paralysie obstétricale du plexus brachial

(M. Raphaël Massart
Rapport de M. Leveuf ; 19-1-1944)

Chez deux enfants présentant la séquelle caractéristique des paralysies obstétricales, qui est l'attitude du bras en rotation interne irréductible, M. Massart a eu recours, non à l'ostéotomie de « dérotation » employée généralement par les chirurgiens français, mais à la section des muscles rétractés, dite « opération de Sever ». L'auteur se déclare satisfait du résultat obtenu.

Staphylococcie maligne de la face. Traitement iodo-sulfamidé

(M. J.-M. Verne, — MM. Laffitte et P. Suire, de Niort ; 19-1-1944. — MM. Terracol et Fabre ; 26-1-1944)

M. Moulonguet présente une observation de M. J.-M. Verne concernant un cas de staphylococcie maligne de la face traité par l'association iodo-sulfamidée. La malade, entrée à l'hôpital dans un état très grave, guérit à la suite de l'administration de doses fortes et prolongées de 1162 F. et de Lugol. L'auteur signale tout l'intérêt de ce traitement dans l'œdème malin staphylococcique de la face. Pour les staphylococcies accessibles à l'exérèse chirurgicale (l'anthrax de la nuque par exemple), l'ablation opératoire reste logique et supprime la lésion.

— M. Sorrel, dans les septicémies et les ostéomyélites aiguës graves, n'a pas obtenu de résultats véritablement probants avec les sulfamides, associés ou non à l'iode.

— MM. Laffitte et Suire rapportent cinq cas de staphylococcie maligne de la face traités par la méthode de Legroux avec quatre guérisons.

— M. Rouhier signale les bons effets de la sulfamido-

thérapie dans les abcès tubéreux de l'aisselle et les abcès du sein.

— M. Truffert ajoute, au nom de MM. Terracol et Fabre, deux cas de guérison de staphylococcies malignes de la face par l'association iode-sulfamide.

— M. Mialaret a observé un échec de la médication sulfamidée dans un cas de stapbylococcie maligne de la face. L'affection débuta par un petit furoncle (que le malade pressa entre ses doigts), près de la commissure labiale gauche. Deux jours après, on commence le traitement iodo-sulfamidé. Quarante-huit heures plus tard, le furoncle est devenu un petit anthrax avec œdème, hyperthermie. Mort au dix-huitième jour, malgré la sulfamidothérapie associée à d'autres traitements (radiothérapie, vaccination).

Lambeaux-doublures dans le traitement des mutilations faciales

(M. M. Virenque, médecin-chef du centre maxillo-facial de la R. M. P. — Rapport de M. Louis Sauvé ; 2-2-1944)

En principe, dans une mutilation avec ouverture d'une cavité faciale, il est nécessaire de reconstituer les plans détruits par un double lambeau : l'un superficiel, lambeau-couverture ; l'autre, profond, dont l'épiderme répond à la cavité profonde de la face : c'est le lambeau-doublure. M. Virenque a adopté, pour ces lambeaux-doublures, la méthode des greffes dermo-épidermiques. Il a employé vingt-cinq fois cette technique avec vingt-trois résultsts parfaits et deux satisfaisants.

P.-L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

A propos d'un cas de sclérose latérale amyotrophique traumatique

(MM. Lechelle et Ancelin ; 14-1-1944)

Cette observation porte à 90 le nombre des cas identiques. De leur étude, il ressort qu'une fois sur deux c'est un accident de travail par chute en arrière, chez des ouvriers en bonne santé, qui a précédé, dans un délai de un à six mois, l'éclosion des signes neurologiques. Les fibrillations constituent les manifestations les plus précises, pouvant exister d'abord, avec l'atrophie des membres contus. En médecine légale, il est logique de penser qu'un traumatisme violent puisse entraîner un tel vieillissement des éléments nerveux. Les jugements antérieurs ont accepté la relation de cause à effet entre l'accident et la maladie ayant entraîné la mort.

Syndrome de Guillain et Barré ; paralysie respiratoire grave surmontée par un séjour dans le poumon d'acier

(MM. Massot et Dubois, de Rennes ; 14-1-1944)

Un syndrome de Guillain-Barré (quadriplégie flasque lentement et progressivement ascendante) s'est constitué vingt jours après une angine ; évolution lentement ascendante, et, au deuxième mois, paralysie respiratoire grave. Ces troubles auraient sans doute été mortels sans l'institution de la respiration artificiellement entretenue. C'est dans de tels syndromes accidentellement graves, que le « poumon d'acier » trouve ses meilleures indications.

Sur une variété d'artérite non sénile, d'étiologie inconnue

(MM. Lechelle, Ancelin, Capron ; 14-1-1944)

En l'espace d'une année (1943), les auteurs ont observé dans leurs services hospitaliers onze cas d'artérite oblitérante des membres inférieurs chez des sujets, du sexe masculin, qui n'étaient pas des vieillards (entre 39 et 56 ans), et chez lesquels aucun diabète, aucune spécificité, aucun ascendant israélite n'avaient été relevés. Peut-être pourrait-on soulever la question d'un facteur favorisant dans les circonstances actuelles. On ne saurait invoquer aucune notion d'épidémicité, aucune atteinte veineuse antérieure, aucun des caractères de la maladie de Léo Buerger, aucune carence alimentaire éventuelle, aucune maladie infectieuse (grippe, typhoïde, typhus, encéphalite) ; aussi la thérapeutique est-elle restée purement symptomatique ; repos, acécoline, bains chauds, infiltrations lombaires. On a pu noter quelques améliorations subjectives, d'ailleurs passagères, mais jamais aucune réapparition des oscillations artérielles, ni même aucune amélioration franche de l'indice oscillométrique. Etant donné que tous les malades étaient du sexe masculin, on a essayé, mais sans succès, un traitement hormonal à base d'extraits ovariens. L'évolution ne semble pas se faire habituellement vers la gangrène ; il est fréquent que de tels malades, au prix d'une réduction de leur activité, puissent continuer à assurer un travail assez actif. L'absence de résultats positifs, c'est-à-dire oscillométriques, n'implique donc pas nécessairement une évolution péjorative.

G. F.

LA PRESSE

A propos de 2 cas de hernie étranglée de l'appendice. — Le professeur Jeanneney, MM. Magendie et Labarb estiment que ce cas, sans être une banalité, devrait être mieux connu, et ne pas faire l'objet d'un diagnostic opératoire. Le seul signe qui doive inciter à reconnaître cette affection est constitué par l'opposition entre les signes généraux d'étranglement, tout à fait frustes, et d'autre part les signes locaux tellement marqués qu'on pense à un début de suppuration (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, janvier 1944).

Résultats de la thérapeutique par l'électro-choc. — MM. Delmas-Marsalet, J. Faure et J. Pelletier, s'appuyant sur une expérience de 142 cas de schizophrénies, de psychoses périodiques confirmées (mélancolies, manies), de confusions mentales, de délires, etc., exposent les résultats obtenus. Puis, rappelant les inconvénients du cardiazol, les difficultés fréquentes de son injection, ils déclarent lui préférer l'électro-choc, employé en s'entourant de tous les éléments connus de prudence et d'indications thérapeutiques (« *Journ. de Médecine de Bordeaux* », janvier 1944).

Oxydo-réductions et toxiques industriels. — MM. Duvoir et Dérobert étudient sous cet angle la pathogénie des intoxications professionnelles (acide cyanhydrique et cyanures, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, alcool méthylique, plomb, benzène). Ils démontrent ainsi que, non seulement les aspects paradoxaux des intoxications, mais les intoxications elles-mêmes ne résultent souvent que d'un seul phénomène : une modification des oxydo-réductions. La résistance ou la prédisposition ne sont alors que l'expression de la grandeur des activités tissulaires, chaque organisme réagissant à la mesure de son pouvoir oxydo-réducteur (*Archives des maladies professionnelles*, nos 5-6, 1943).

G. F.

PROPOS DU JOUR

ASPECTS MÉDICAUX DE L'ÉCONOMIE POLITIQUE

En quatre ans de législation et d'administration inspirées de la défaite nous avons certes vu surgir bien des nouveautés surprenantes. La plus incroyable de toutes, pour nous médecins, n'est-elle pas la place exorbitante prise par la médecine dans la société actuelle ? Nous-mêmes avons peine à nous y faire et certains, irréductiblement épris de libéralisme, ne dissimulent pas leur inquiétude. Ils repousseraient volontiers, s'ils le pouvaient, les présents d'Artaxerxès, préférant une médecine qui fût un moins important rouage d'Etat et une auxiliaire plus adjacente de l'homme. Mais leur avis n'est pas sollicité et il leur reste tout juste la ressource de se faire les dociles agents d'exécution de mesures dont les gouvernants ont pris l'initiative sous l'inspiration de doctrines sociales.

La seule explication plausible d'un tel phénomène est qu'en réalité il s'agit ici non plus de médecine, mais d'économie politique et que dans toutes ces innovations le médecin prend un rôle d'expert totalement étranger à sa pratique traditionnelle.

Lorsqu'il rédige un certificat pré-nuptial ou qu'il signale à l'autorité sanitaire un vénérien rebelle à ses prescriptions, lorsqu'il prend place dans l'un de ces innombrables comités d'organisation ou comités sociaux auxquels le convie l'actualité, lorsque, à titre de médecin d'usine, il intervient dans la marche d'une entreprise industrielle, lorsqu'il s'occupe d'un centre de jeunesse ou d'un organisme d'orientation professionnelle, lorsqu'enfin, si Dieu lui prête vie, il sera l'animateur de ces Instituts de santé actuellement en projet, n'aperçoit-on pas que le médecin n'a plus que ce titre de commun avec l'homme qu'il était naguère ? Il devient une sorte de syndic chargé de gérer des intérêts, une fraction des intérêts sanitaires du pays. On ne lui demande qu'une intervention de technique pour des fins dont l'ampleur lui échappe.

Il est explicable que, du fond de l'abime de 1940, l'urgence soit apparue de ne plus laisser perdre un atome des ressources nationales. Tout autant que de son ravitaillement ou de ses matières premières, l'avenir d'un pays dépend de la forme physique de ses citoyens et les fonctions multiples dévolues récemment aux médecins font pendant au contingentement des denrées et au contrôle économique. Il convient de les prendre comme telles et ce serait un fâcheux quiproquo de s'évertuer à découvrir, sous ce nouvel avatar, les traits de la médecine qui nous était familière.

Faisons donc de l'économie politique à notre manière et agrégeons-nous aux équipes chargées de restaurer l'activité nationale.

***

Il est superflu de préciser que, dans une conjoncture aussi extrême, l'individu n'a plus à invoquer son droit de disposer de lui-même. Il représente une valeur inscrite au crédit de l'Etat et que celui-ci entend faire fructifier au mieux de ses intérêts. En bon état de santé, c'est une parcelle du capital-travail à préserver de toute dépréciation ; la sollicitude vraiment maternelle de l'Etat pour la santé de chacun de nous implique simplement que nous lui devons compte de cette santé et en sommes responsables à ses yeux. Par voie de conséquence, tomber malade constitue déjà une faute que l'autorité considère d'un œil sévère et qu'il importe de réparer au plus vite, ne pas se soigner est un véritable attentat au bien public, et transmettre une contagion un crime contre la prospérité de l'Etat. Sous cet angle de vision, l'ensemble de la législation médico-sociale de ces récentes années prend une unité de ton et de tendances remarquables. La collectivité considère l'individu comme un élément n'ayant en soi aucun sens, aucun pouvoir et aucun droit : une cellule qui ne vivra qu'englobée dans le tissu auquel elle appartient ou périra si elle s'en sépare.

Nous en sommes là aujourd'hui : l'évolution n'est pas encore achevée, mais il n'y a aucune espèce de raison pour qu'elle s'arrête en chemin. Il doit logiquement s'ensuivre que l'élément irrémédiablement improductif est à éliminer comme prenant part à une répartition de biens auxquels il n'apporte pas sa quote-part. L'infirme, l'incurable et le vieillard n'ont plus de place dans une société si rigidement charpentée et où les échanges de services se codifient selon des normes inspirées des procédés comptables. Un compte ne peut être ouvert à qui allongerait interminablement sa colonne des « doit » sans jamais la balancer dans la colonne « avoir ». Le grand calculateur anonyme qui nous gouverne désormais ne peut que se cabrer devant un tel défi à la bonne règle et proposer des mesures d'apurement. La stérilisation légale de certains individus considérés comme nocifs à la collectivité, déjà en vigueur dans certains pays et qui, avant la guerre, était à l'étude dans d'autres, constitue un premier pas dans cette voie. Nous vivons à une époque où l'on ne craint plus de pousser une doctrine jusqu'en ses ultimes conséquences, où la charité a pris le nom de sens social, où l'attendrissement s'expri-

me en règlements d'assistance, où St-Martin porterait sa moitié de manteau au plus proche comptoir du Secours National, où pas plus qu'en médecine le « colloque singulier « n'a plus cours entre le secoureur et le secouru. Les faibles n'ont donc rien de bon à espérer de l'évolution sociale qui se dessine sous nos yeux. Faire de l'homme un étalon de monnaie-travail revient à introduire dans les rapports sociaux la rigueur qui régit la circulation des espèces. Nous sommes en ronte, toutes voiles dehors, vers la Lacédémone moderne, vers l'impitoyable termitière.

***

Mais Lacédémone avait ses limites, assez étroites, au-delà desquelles prévalaient d'autres conceptions de la vie. Aujourd'hui nous n'apercevons pas les frontières de la nouvelle Lacédémone en train de se fonder. Cette guerre d'idéologies truquées et d'appétits économiques sournois aura vraisemblablemeut, lorsqu'elle crèvera de sa mort ignominieuse à ce point bouleversé le monde que la notion de nationalités aura disparu. Je ne fais pas ici allusion à cette phraséologie dont on nous rc bat les oreilles avec une insistance trop insinuante pour être désintéressée, mais à la seule certitude que nous ayons sur notre proche avenir et qui imposera à tous les hommes sa dure communauté : le dénuement général et la nécessité qui s'imposera à chacun de se soumettre à la dictature de tous s'il veut vivre. On ne conçoit pas un homme, une cité, une classe, une nation se mettant en tête de sortir par soi-même du gouffre aux flancs abrupts au fond duquel il se trouvera. Ou bien ce sera l'effort long, rude et unanime pour la remontée, ou bien ce sera la fin d'un monde. Ne nous attardons pas à l'espoir que cette guerre ait été seulement un intermède malpropre dans le déroulement de notre existence, ni que ceux qui en sortiront n'aient, au jour dit, qu'à rapprocher leurs chaises et renouer la conversation interrompue en se demandant l'un à l'autre : où en étions-nous ? La guerre, quand elle sera finie, n'aura cependant pas fini de dévaluer l'homme ; après en avoir fait une brute, il lui restera à en faire un robot. Au reste, n'est-ce pas déjà réalisé plus qu'à moitié ?

Je veux bien admettre que l'esprit humain ne meure pas sans convulsions et même qu'il puisse couver pour de futures reviviscences. Il a déjà traversé un moyen-âge, pourquoi ne viendrait-il pas à bout d'un second ? Toutefois nous manquons aujourd'hui de ce qui, pendant des siècles de nuit, l'entretint en vie ralentie : la ferveur. Nous abordons la passe critique avec plus de résignation que d'espérance, plus de désillusions que de foi. Nous doutons de nous-mêmes puisque notre civilisation s'est couronnée d'un cataclysme et que de notre maison dévastée nous ne discernons pas si quelque chose mérite d'être sauvé ou s'il faut tout abandonner sous les décombres.

Peut-être nous revient-il, à nous médecins, et c'est un grand point d'interrogation qui se pose en ces heures décisives, peut-être nous revient-il d'assister l'homme malade et désemparé. Nous ne connaissons certes pas de drogues pour le guérir et le mieux que nous puissions faire c'est de le rassurer sur lui-même, même si nous apercevons tous les motifs d'inquiétude. Au reste les plus valables recouvrances ne sont-elles pas celles que l'organisme a tirées de son propre fonds ? Faisons donc de l'économie politique, au goût du jour, et puisque telle est notre nouvelle fonction. Mais en gardant le souvenir de l'ancienne, la plus éprouvée et sans doute la véritable ; en gardant le sens et le goût de l'élément plutôt que de l'ensemble, l esprit de finesse plutôt que de statistique, la dévotion à la personne humaine plutôt qu'à un système social.

Les doctrinaires passent et leurs architectures d'idées s'écroulent plus vite encore. Nous avons sur eux l'avantage de manier ce qui, au cœur de l'homme, est de plus permanent et de plus vivace : ce sentiment qu'a chacun d'eux de n'être réductible à aucun autre.

***

Tant que ce sentiment gardera en nous sa claire expression et sa primauté, nous avons l'assurance qu'une organisation collectiviste de la société ne parviendra pas à mater l'individu. Ce qu'il convoite plus que tout au monde c'est le bonheur, l'euphorie du corps et de l'esprit, de quoi chacun se fait une idée strictement personnelle. On ne recherche la compagnie de ses congénères que pour mettre en commun un fardeau d'amertume et de rancœurs. Dès que l'éclaircie pointe à l'horizon la foule s'égaille et se désagrège ; chacun se hâte d'aller organiser lui-même ses aises et sait fort bien que l'on n'est pas à l'aise dans la cohue. Ainsi alternent dans une société les régimes collectivistes et individualistes et la seule étiquette politique du régime indique sans équivoque l'état économique de la société.

Les médecins sont essentiellement et par vocation des défenseurs de l'individu. Il se fait que fortuitement et par ordre ils servent la collectivité. Mais c'est une tâche, un devoir qu'ils remplissent : le cœur n'y est pas. Même en y appliquant toute sa conscience, il reste des moyens de faire sentir à l'individu qu'il n'a pas perdu tous ses droits et que la tutelle qu'il subit n'est pas le fait d'une malédiction céleste, mais une nécessité de circonstance à laquelle il échappera par son propre effort.

Dans les temps de trouble et de doute que nous traversons, ce n'est pas un secours dérisoire à apporter que cette lumière.

G. Lavalée.

DROIT PROFESSIONNEL

UN MEDECIN PEUT-IL SE FAIRE ASSISTER ?

Le contrat d'assistance ou de collaboration entre médecins est-il valable au regard du droit, comme au regard de la déontologie ? Cette question, nous est posée depuis quelque temps, avec une fréquence dénotant que ce mode de collaboration constitue un véritable besoin professionnel. A ce besoin réel, la jurisprudence a répondu par une évolution nuancée qui a su sauvegarder l'essentiel, et l'Ordre, selon sa coutume, par un refus de principe qui respecte les mythes et méconnaît les faits.

1° L'Assistance au point de vue juridique.

a) *Assistance par un étudiant* .

Il nous faut tout d'abord rappeler que l'assistance n'est pas un remplacement, car l'assisté est présent, et par définition, le remplacé absent. Si donc l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 autorise un étudiant, sous certaines conditions, à exercer la médecine à titre de remplaçant d'un docteur en médecine, cette autorisation est *strictement* limitée à cette hypothèse. Il ne lui donne nullement le droit d'assister un diplômé, continuant avec son aide l'exercice de son art.

Si curieux que la chose puisse paraître, un étudiant livré à ses seules ressources peut exercer en dernier ressort avec la bénédiction légale s'il remplace un médecin absent. La présence du diplômé lui ôte immédiatement toute capacité légale d'exercice. Il peut seulement invoquer les dispositions de l'article 16, § 5 de la loi du 30 novembre 1892, aux termes duquel « les dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades », Rappelons que c'est dans cet article que le Conseil d'État a pu trouver le fondement légal de l'activité des internes hospitaliers : l'interne peut sans irrégularité donner des soins, a dit cette haute juridiction, dès lors qu'il opère sous la direction d'un docteur en médecine (arrêt Loiseau, 7 novembre 1935).

Mais entendons-nous bien. Il y a loin de cette compétence limitée à la compétence universelle et en dernier ressort du remplaçant. La direction, la surveillance du diplômé doit être effective. Bien au contraire, le fait pour un étudiant de prendre part habituellement au traitement des maladies sur les instructions d'un docteur en médecine qui l'envoie en visite chez ses clients, d'établir ainsi des diagnostics et de formuler des traitements, sans que le médecin responsable les ait visités, ne peut être considéré comme rentrant dans les prévisions de l'article 16. § 5 précité. De tels agissements constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, et le médecin qui a fourni à cet étudiant le moyen de commettre ce délit doit être considéré comme complice. (Cour de Paris, 19 juin 1936).

En résumé, l'étudiant non diplômé peut être un aide, un auxiliaire exécutant les prescriptions du diplômé qui a recours à ses services. Il ne peut valablement constituer l'assistant collaborant sur un pied d'égalité technique avec celui qui l'emploie.

b) *Assistance par un diplômé*

Dès lors que l'assistant est lui-même diplômé, plus rien, dans la loi sur l'exercice de la médecine, ne saurait évidemment s'opposer à ce qu'il exerce son art aux côtés de l'assisté.

Mais la jurisprudence n'a point manqué de se demander dans quelle mesure un contrat de louage de services, fondé sur l'idée de subordination, était compatible avec l'accomplissement d'actes dépendant d'une profession libérale.

C'est ainsi que d'anciens arrêts ont annulé des contrats intervenus entre un médecin et une collectivité privée (société thermale, dispensaire), motifs pris de ce que ces contrats contenaient des clauses restreignant les droits du médecin au point de vue thérapeutique.. La dépendance professionnelle ou technique d'un médecin à l'égard d'un tiers est contraire à l'ordre, à la santé et à la morale publique (Cour de Paris, 9 juin 1931).

Mais, si le médecin jouit sur le plan technique de la liberté requise, les inquiétudes jurisprudentielles peuvent alors s'apaiser. Dès le 3 mars 1926 la Cour suprême a reconnu en effet que « les actes dépendant d'une profession libérale sont susceptibles de faire l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis ». (Il s'agissait en l'espèce d'un médecin s'engageant envers un chef d'entreprise à donner ses soins aux victimes d'accidents du travail).

A cette époque, la Cour de Cassation se refusait cependant à faire entrer la « promesse de services médicaux » dans le cadre normal du louage de services. Elle décidait le 17 mars 1937, que « les conditions accessoires d'ordre intérieur auxquelles se soumet un médecin en vue d'assurer la régularité des soins qu'il s'est engagé à donner, ne sauraient au point de vue des conditions mêmes dans lesquelles il donne ses soins, c'est-à-dire remplit l'obligation faisant l'objet du contrat passé entre lui et un établissement, créer dans les rapports de l'homme de l'art et du directeur, le lien de subordination nécessaire pour l'existence du contrat de louage de services »,

Mais le 26 juillet 1938, revirement complet. Selon ce nouvel arrêt, le contrat par lequel un médecin s'est engagé à l'égard d'un propriétaire de sanatorium à donner, moyennant une rétribution proportionnelle, des soins continus et quotidiens aux malades hospitalisés, peut être à bon droit considéré comme un louage de services, bien que le médecin conserve une pleine indépendance professionnelle dans l'exercice de son art, dès lors qu'il est soumis envers le propriétaire de l'établissement à une certaine dépendance administrative.

En bref, un médecin peut valablement louer ses services selon les modes du droit commun à un tiers non médecin, dès lors que son indépendance professionnelle n'a pas à en souffrir,

A fortiori, doit-il en être de même lorsque le contrat de louage de services est conclu au profit d'un autre médecin, puisqu'alors les intrusions d'un tiers dans l'exercice de l'art médical ne sont même plus à redouter,

La jurisprudence n'a point manqué de confirmer cette conclusion à laquelle conduit la seule raison, Un arrêt de la Cours de Poitiers, en date du 23 juin 1936 (confirmé depuis par la Cour suprême) a décidé en effet « qu'est licite la convention par laquelle un médecin établi, et dont la clientèle se développe chaque jour davantage, recourt à la collaboration d'un autre médecin rémunéré au moyen d'un pourcentage déterminé sur les honoraires , *dès lors que les malades qui se présentent conservent la faculté de s'adresser au médecin de leur choix.* Pareille convention réservant *l'indépendance entière de chaque médecin vis-à-vis de*

l'autre, ne viole ni le droit ni les usages de la profession médicale, sa validité ne saurait donc être contestée ».

Le contrat d'assistance entre médecins requiert, pour être valable, la même condition d'*indépendance technique* que le contrat de louage de services conclu entre un médecin et un tiers. Mais il faut *en outre* que soit réunie une *seconde condition : le choix des malades doit rester parfaitement libre.*

Autrement dit, le médecin, quel que soit son statut juridique, salarié ou fonctionnaire, assistant ou assisté, doit pouvoir accomplir ses actes médicaux librement, en dernier ressort, sous son nom propre et sous sa responsabilité personnelle. C'est à lui, et non à un anonyme dispensateur de soins, que le malade doit pouvoir faire appel.

Si ces libertés essentielles sont effectivement sauvegardées, rien ne s'oppose alors à ce que sur les plans économique et administratif, le médecin dépende d'un tiers ou, *a fortiori*, d'un confrère.

2° Point de vue déontologique.

Nous n'aurions point fait appel à cet arsenal de décisions de jurisprudence, si nous n'avions constaté à plusieurs reprises, chez des Conseils de l'Ordre, l'idée bien ancrée que les contrats d'assistance entre médecins étaient à la fois illégaux et antidéontologiques.

Quant au côté légal, nous pensons avoir pu lever tout doute à ce sujet.

Abordons l'aspect déontologique, et reportons nous d'abord à la déontologie écrite et codifiée.

C'est en vain que nous avons cherché dans le code élaboré par l'ancien Conseil supérieur, une disposition susceptible de s'opposer directement ou indirectement à la conclusion d'un contrat d'assistance et de collaboration entre médecins.

Observons d'autre part qu'un contrat d'assistance entre deux médecins n'a nullement à être soumis pour homologation au Conseil de l'Ordre et que l'article 67 du code ne lui est pas applicable. Seules sont soumises à homologation, aux termes de cet article, les conventions relatives à des actes médicaux à accomplir au profit de collectivités ou d'établissements, et le médecin assisté ne saurait être évidemment rangé dans aucune de ces catégories.

Nous n'ignorons certes point que le code sur lequel nous nous fondons est en fait plutôt tombé en désuétude. Mais, outre qu'il est difficile de commenter des textes futurs, nous n'avons rien trouvé, dans les travaux préparatoires du nouveau code, qui puisse faire considérer comme nul *ipso facto* le fait pour un médecin de louer ses services à un confrère.

Au reste, une telle disposition serait en fait inapplicable. Bien avant l'Ordre se sont créés de nombreux établissements de soins (maisons de santé ou autres) qui ne pourraient fonctionner sans corps médical hiérarchiquement organisé au point de vue administratif. Il est peu probable que les pouvoirs publics acceptent un texte susceptible de gêner l'activité d'établissements indiscutablement utiles sous l'angle de la santé publique.

Elevons nous maintenant dans les sphères supérieures de la déontologie non écrite. En mettant obstacle à la généralisation de tels contrats, les Conseils de l'Ordre entendraient sauvegarder les principes traditionnels de la médecine française, et éviter que ne se constituent, pour le plus grand dommage de la profession, un patronat et un salariat, donc un prolétariat médical.

En prenant cette position, l'Ordre, bien qu'animé par des intentions aussi pures que respectables, commet une erreur que la jurisprudence a su éviter : il confond en effet l'institution elle-même avec les abus auxquels elle peut donner lieu. Voyons d'abord les faits qui l'expliquent et la justifient. Par suite d'une évolution de notre civilisation, dont les causes profondes et lointaines sont hors de nos prises et de notre action immédiate, le rôle de la médecine dans nos sociétés modernes s'est considérablement amplifié, et l'acte médical est devenu matériellement un acte complexe et onéreux. Si la médecine veut être à la fois efficace et économique, il faut concentrer, organiser les moyens matériels nécessaires à son exercice ; il faut aussi délivrer le médecin de besognes secondaires (secrétariat, transport, etc.), qui absorbent actuellement une trop grande part de son activité ; il faut lui donner les loisirs sans lesquels il n'est point d'études ni de cultures. Livré à ses seules ressources, le médecin isolé ne peut rien de tout cela. L'association lui permet de créer ce cadre idéal où l'égalité économique et sociale va de pair avec l'égalité professionnelle. Mais il n'est pas toujours possible de réunir les conditions que postule la société. Le jeune médecin qui débute, riche de sa seule science et de sa seule valeur, particulièrement en une époque de pénurie comme la nôtre, peut avoir intérêt à s'entendre avec un confrère nanti d'une clientèle importante trop lourde pour ses seules épaules. Nul doute que tôt ou tard cette assistance ne se transforme en association. Cet accord ne vaut-il pas mieux en tous cas qu'une âpre concurrence où la déontologie n'aurait guère à gagner ; ne vaut-il pas mieux surtout que de louer ses services à une collectivité publique ou privée ?

Certes, ce mode de collaboration présente des dangers et ces « cabinets groupés » pourraient aisément se dégrader en « entreprise médicale ». Mais l'Ordre n'est-il point là justement pour maintenir dans le droit chemin ceux qui auraient tendance à s'égarer et pour assurer, quelles que soient les formes d'exercice, le respect de ces fameux principes traditionnels de la médecine française, qui ne sont heureusement pas l'apanage des seuls médecins exerçant à leur compte ?

Et quels sont essentiellement ces fameux principes, en quoi se résument-ils, sinon dans le respect de l'indépendance professionnelle du médecin, et du droit pour le malade de le choisir librement ?

Ne retrouvons nous pas en définitive la position de la jurisprudence civile ? Le contrat de louage de services est valable entre médecins ; il ne cesse de l'être que, si en fait ou en droit, une atteinte est portée aux deux grandes règles que nous venons de rappeler.

***

Résumons-nous. L'évolution tout à la fois de la médecine et de la société conduit à la médecine de groupe. Parmi les formes juridiques permettant aux médecins d'associer leurs efforts en dehors de l'intrusion des collectivités publiques ou privées, le contrat de collaboration, de louage de services apparaît comme pratiquement nécessaire. S'il concerne un étudiant non diplômé, l'activité de ce dernier doit se réduire au rôle d'aide agissant sous la surveillance et la direction effective d'un docteur en médecine. S'il s'agit d'un diplômé, la jurisprudence civile ne met aucun obstacle à la validité d'un tel contrat dès lors que le médecin assistant jouit de son indépendance technique et que le libre choix des malades est respecté.

Les Conseils de l'Ordre ont manifesté à ces contrats, comme aux sociétés, une incontestable hostilité et les considèrent volontiers comme contraires à la déontologie. Or, ils ne violent aucun texte de la déontologie écrite. Ils ne portent aucune atteinte

aux principes traditionnels de la médecine française, dès lors que les conditions de validité posées par la jurisprudence civile se trouvent réunies. Il appartient donc aux Conseils de l'Ordre, non point d'en interdire le principe, mais d'en surveiller l'application dans chaque cas particulier, afin d'éviter qu'ils ne donnent lieu à de possibles abus.

Il serait dangereux enfin de confondre plus longtemps le libéralisme au sens le plus élevé du mot avec sa forme économique que constitue le jeu de la libre concurrence. Il est à craindre, en effet, qu'en mettant obstacle à l'organisation de la profession par les médecins eux-mêmes, l'Ordre, loin de maintenir une forme périmée d'exercice, ne hâte une évolution vers des modes qui s'éloigneront davantage encore de ceux auxquels nous sommes traditionnellement habitués.

Jean MIGNON.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Par le Docteur R. JODIN

Particulièrement intéressant dans la quasi-totalité de ses articles, le projet de la Commission présidée par le Professeur LERICHE n'en comporte pas moins quelques points méritant une étude plus poussée.

Cette Commission essentiellement professorale a avoué ingénuement : « Jusqu'ici, tout étudiant, muni du diplôme du P.C.B. pouvait entrer dans les Facultés de médecine. Et à condition d'y mettre le temps, il était assuré d'y terminer ses études, muni du diplôme de docteur qui lui donnait pratiquement le droit de vie et de mort sur ses semblables ». Remède à cet état de choses : réduire le nombre des étudiants en médecine. Par élimination des moins dignes en cours d'études ? non point, mais bien en fermant la *porte* à l'entrée.

Nous avouons ne pas voir le rapport précis entre le mal et le remède, car enfin où sont les responsables ?

— les étudiants ? ils s'arrangent pour passer des examens plus ou moins fastidieux. Ils cherchent aussi à apprendre leur métier (deux choses très différentes, nous dit la Commission) pour pouvoir dans un délai convenable et des conditions honorables exercer la profession médicale ;

— les programmes ? Ils changent périodiquement et ne valent jamais que ce que valent les hommes chargés de les appliquer ;

— les professeurs ? Examinateurs plus ou moins redoutés ou débonnaires, ils s'acquittent de ces corvées avec une grâce diverse, le résultat est là : n'importe qui, avec quelque patience, arrive à finir sa Médecine. Tout commentaire est superflu.

Nous nous souvenons avoir entendu l'un précisément des membres de cette docte Commission dire à un candidat exotique : « Vous êtes nul, effroyablement nul, mais l'examen est encore plus idiot que vous n'êtes nul, alors je vous reçois ». Si de l'aveu même de nos Maîtres, les examens s'avèrent inutiles dans les conditions actuelles, qu'on les supprime... ou qu'on les rende utiles, instruments d'une véritable sélection. Nous connaissons l'argument massue qui nous attend : on ne peut pas éliminer en 4e ou 5e années d'études un étudiant en médecine, on doit le laisser terminer. L'intérêt privé doit-il ainsi primer l'intérêt public ? Si le pli d'une saine rigueur était pris, si le risque d'une telle élimination se faisait sentir, le cas se rencontrerait-il si souvent ?

Que l'on choisisse les matières barrages, la forme même de ces barrages, que ceux qui sont chargés de les faire fonctionner le fassent avec la conscience aiguë de leur rôle social. Nous avons toujours trouvé d'un amer comique, l'attitude de certains Maîtres profondément méprisants pour la plèbe médicale qu'eux-mêmes avaient pétrie de leurs doigts. Elle ne faisait que refléter leur enseignement, et caricaturait leurs propres défauts.

Ne voyons plus de Maîtres attentifs à ne pas déplaire, à rechercher la reconnaissance problématique de quelques nobles Poldèves, mais bien des Maîtres dignes de ce titre, conscients de leurs responsabilités, convaincus de la vertu de l'exemple, sans faiblesse pour autrui et encore moins pour eux-mêmes : la question de l'enseignement et des programmes aura fait un grand pas sans le secours d'aucune commission.

La discussion mènerait trop loin sur les appétits matériels, l'utilisation des lois sociales et les tristes abandons de mai 1940, considérations qui ne sont pas plus applicables, si ce n'est beaucoup moins, à la masse des praticiens français qu'à bien des « élites » (*sic*), après lesquelles nous voyons apparaître l'urgence d'une sélection. Sélection, nous dit-on donc limitation, c'est la solution la plus facile, (deuxième aveu) est-ce la plus judicieuse ?

On aurait pu proposer limitation par sélection, sélection rigoureuse parmi une grande quantité de candidats, ce qui permettrait de déceler des talents ou des vocations insoupçonnés, et de ne conserver à la Médecine que la fine fleur des soupirants.

Pas du tout, on commence par limiter l'entrée en fixant un chiffre arbitraire, puis on « sélectionne » en amenant ce qui reste au doctorat, tout doucement comme avant.

Nous en arrivons à une conclusion surprenante : comment la limitation du nombre des médecins permettra-t-elle à certaines régions importantes de ne plus manquer des médecins qui leur font actuellement défaut (troisième aveu) ? Comment la fixation ministérielle du nombre de médecins à former éloigne-t-elle la Médecine de la fonctionnarisation ? alors qu'elle en semble bien le premier stade, capital. Les Ordres locaux fixeront *ne varietur* (dans le sens de l'accroissement), le nombre des médecins d'une région donnée, les postes médicaux deviendront des charges comme celles des notaires. Bientôt les candidats pourraient choisir sur un tableau, comme choisissent les externes à l'A. P. De là, au traitement fixe et aux promotions à l'ancienneté, il n'y a qu'un pas.

Par contre d'un coup de pouce négligent, on a écarté au passage tout ce qui demandait un effort d'imagination ou bousculait les routines :

— il n'y a pas de postes ou de fonctions dérivant de l'application de plus en plus large des lois sociales ;

— il n'y a pas de branches de l'art de guérir qui puisse aider à résorber le prétendu excédent de médecins : on limite le nombre des médecins stomatologistes ou accoucheurs, pendant que 10.000 postes de dentistes ou stomatologistes restent à pourvoir et qu'on ne parle pas de limiter la consécration de sages-femmes. Les branches nouvelles comme l'anesthésie peuvent et doivent absorber un certain nombre de diplômes doctoraux. Le massage médical est une spécialité exceptionnellement pratiquée par un médecin, et pourtant fort honorable. La podologie pourrait arracher à des empiriques plus ou moins xanthodermes bien des pratiques chirurgicales annexées par la pédicurie de façon abusive.

Et encore une fois, rien n'oblige à conférer la peau d'âne à tout détenteur d'une première, voire d'une vingtième inscription...

Suite de la Correspondance

AUTOMOBILISME

Variation de tension de la chaîne d'un vélo-moteur

1° J'ai un vélo moteur Griffon dont la chaîne se détend continuellement tous les huit ou dix jours, je suis obligé, sous peine de la voir sauter, de procéder à la petite opération de réglage. Les mécaniciens ne m'expliquent pas la cause de ce phénomène. Est-il normal ?

2° La tension de la chaîne n'est pas constante : fortement tendue, après une rotation d'un quart de tour de la roue, elle devient presque flottante. Le mécanicien mettait cela sur le compte de l'usure. J'ai changé chaîne et pignons sans amélioration ; la roue n'est pas voilée. Pouvez-vous m'expliquer ce qui se passe ? Y a-t-il un remède ?

Dr D.

Réponse

La variation de tension de la chaîne du vélo-moteur après réglage peut provenir des deux causes suivantes :

1° *Excentrage de la roue de chaîne montée sur la roue arrière.*

2° *Allongement inégal de la chaîne.*

1° Excentrement de la roue. — *Si le centre géométrique de la roue à chaîne ne se trouve pas sur l'axe de rotation, il est facile de concevoir qu'à chaque tour de cette roue, la chaîne subit une tension et un relâchement. Pour vérifier s'il y a excentrement, enlever complètement la chaîne et faire tourner la roue arrière en plaçant un outil : la lame d'un tournevis par exemple ; appuyer sur la fourche en touchant juste l'extrémité des dents de la roue. On vérifie ainsi que pendant un tour de roue, la distance entre le tournevis repère et l'extrémité de la denture de la roue reste bien constante. S'il n'en est pas ainsi, il y a excentrement et on doit faire recaler la roue dentée sur la roue motrice. J'ajoute que ce défaut qui est un défaut de construction est très rare.*

2° Allongement inégal de la chaîne. — *Il est très fréquent, dans l'utilisation d'une motocyclette ou d'un vélo-moteur, que la chaîne subisse un effort de traction anormal lors par exemple d'un embrayage brutal, le moteur tournant à grande vitesse. Dans ces conditions, c'est le brin supérieur de la chaîne, brin tendu, qui supporte l'effort et qui, si cet effort est très important, subit un allongement permanent, tandis que le brin inférieur, préservé d'effort anormal, garde sa longueur primitive. A partir de ce moment, on a donc une chaîne dont une partie a des maillons plus longs que l'autre partie. Il est facile de voir que, dans ces conditions, si on règle la chaîne quand la partie allongée se trouve enroulée sur la chaîne, on pourra la tendre complètement et constater qu'elle s'est détendue dès que les maillons trop longs se trouveront dans une partie libre. Inversement, si on tend la chaîne quand les maillons sont libres, elle sera beaucoup trop tendue quand les maillons viendront s'enrouler sur la roue. Il y a, à mon avis, un seul remède à cette situation, c'est de changer la chaîne. La chaîne neuve pourra d'ailleurs à la prochaine occasion être mise dans le même état que l'ancienne.*

La solution pratique consiste à effectuer un réglage

aussi tendu que possible (sans toutefois aller jusqu'au bridage complet) quand les maillons allongés sont sur la roue, de façon à n'avoir que le minimum de flottement quand la roue a tourné.

Une chaîne qui est normalement usée sans efforts excessifs, est allongée uniformément et permet, malgré son usure, un réglage correct.

Le cas que vous me signalez n'est d'ailleurs pas exceptionnel et il se rencontre très fréquemment, en particulier sur les vélo-moteurs.

Henri Petit.

Baisse de pression d'huile de moteur

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis sur la cause probable de mes ennuis avec une Lancia-Belna 7 CV. qui, pendant trois ou quatre ans, m'a donné entière satisfaction et dont le manomètre d'huile accusa *peu à peu* une baisse progressive de pression — si bien que, même avec de l'huile peu fluide, cette pression, *normale au départ* du garage, devenait rapidement insuffisante après une dizaine de kilomètres et même *nulle* en cas de randonnée plus longue ou en côte — pour réapparaître après un arrêt de moteur, arrêt d'une demi heure ou une heure.

Un jour, au cours d'une visite en haute montagne, la pression tombe à zéro et après quelques kilomètres (j'étais alors sur mon retour et *descendant de montagne* donc au ralenti), coulage d'une bielle. Réparation — au cours de laquelle le mécano ne remarqua rien d'anormal. Ceci fait, la pression recommença à être déficiente. Redémontage du moteur. Conclusion : le palier du milieu ne tenait pas l'huile qui fuyait fortement à ce niveau. Le mécano remarqua que ce palier était, à l'origine, pourvu d'un mince joint de carton qui, peu à peu, s'était effrité et dont il ne restait plus que deux fragments. Placé sur le tour et muni d'un manomètre, le moteur accusait une pression nulle au ralenti. Le mécano crut bien faire de remplacer ce joint par une lamelle de clinquant. Au tour, la pression se maintint aussitôt très bonne. Remontage du moteur : à l'essai sur route, la pression actuellement très forte au départ, ne descend plus à zéro, mais se maintient *au-dessous* du niveau normal du manomètre.

Pensez-vous que ces troubles de la pression d'huile sont uniquement imputables à ce joint défectueux du palier ? Peut-il exister une autre cause ? De quel côté faudrait-il tourner mes investigations ? Y a-t-il danger à rouler avec pression insuffisante, quand elle ne tombe pas à zéro au manomètre ?

Dr V.

Réponse

La baisse de pression de l'huile de votre moteur provient de fuites dans la canalisation, fuites qui se manifestent toujours dans un moteur un peu usé par le jeu excessif des paliers de vilebrequin et des têtes de bielles.

La pression reste normale ou à peu près, quand le moteur tourne vite parce que, à ce moment, la pompe débite beaucoup, mais quand le débit de la pompe devient faible, c'est-à-dire au ralenti, la pression tombe.

Cette chute de pression est d'autant plus importante que l'huile est plus fluide, c'est-à-dire plus chaude.

Il peut se faire aussi que la chute de pression provienne d'un jeu excessif dans la pompe à huile, bien que cette hypothèse soit très peu probable, les pompes à

huile ayant, en général, une usure presque nulle. Il est toujours dangereux de rouler avec une pression d'huile trop faible ; cependant, on admet que si, au-dessous de 7 ou 800 tours minute, la pression tient, il n'y a pas de danger grave.

Le seul moyen de remettre les choses complètement en état consiste à faire revoir votre moteur et à faire resserrer les paliers du vilebrequin et des têtes de bielles.

Henri PETIT.

Court circuit dans un élément de batterie d'accus

J'ai en réserve une batterie d'accus de 75 A.H. à laquelle, pour l'entretenir, je donne tous les deux mois environ une bonne recharge. Jusqu'à présent, les trois éléments conservaient une bonne densité d'électrolyte (26° Baumé) ; lorsque, lors de la dernière recharge, je me suis aperçu que l'un des éléments (le plus près de la came négative) n'avait plus que 15° et que, par une charge complète on n'arrivait que péniblement à obtenir une densité de 24° — densité qui, en quelques heures, retombait à 15 ou 16°. J'ai présumé que cet élément était sulfaté. J'ai donc vidé complètement cet élément de son électrolyte que j'ai remplacé par de l'eau distillée et l'ai remis en charge jusqu'à ce qu'après plusieurs opérations, je sois arrivé à ôter tout l'acide combiné au plomb. J'ai alors remis de l'électrolyte à 30°Bé, ai rechargé complètement la batterie ainsi désulfatée (?), c'est-à-dire jusqu'à bouillonnement intense et voltage de 2°7 en charge — pour m'apercevoir deux jours après que la densité était retombée à 15° et que toujours le même élément était déchargé (1°8) et incapable de donner un courant d'une bonne intensité (pour l'élément désulfaté), les autres donnant toujours bien. N'y aurait-il pas autre chose qu'une simple sulfatation — plaque désagrégée ou court circuit ? Je charge toujours à faible intensité (5 ampères) et même 2 ampères pour la désulfatation. Quel remède conseillez-vous s'il en est un ?

Dr G.

Réponse

L'élément de votre batterie qui se décharge très rapidement présente certainement un court-circuit intérieur occasionné vraisemblablement par des matières actives qui se sont détachées des plaques et sont venues faire contact entre elles. La sulfatation n'est pas en cause.

Pour le réparer, il faudrait le démonter et le sortir des plaques, tâche qui n'est guère du ressort que d'un spécialiste.

Vous pouvez essayer de porter remède au mal en vidant l'élément et en le rinçant abondamment sous un jet d'eau. La meilleure manière de procéder consiste à renverser l'élément sens dessus dessous, à introduire l'extrémité d'une lance d'arrosage par le trou du bouchon et à laisser couler l'eau qui entraîne avec elle les impuretés. Quand l'eau sortira propre, il y a des chances pour que les bases métalliques qui créent le court-circuit soient évacuées. La remise en état de l'électrolyte et une bonne charge vous permettront de voir si le remède a été efficace.

Dans le cas contraire, vous devrez confier votre batterie à un spécialiste de la réparation qui vous la remettra en état.

Henri PETIT.

HOPITAUX

2907. — Le problème des consultations externes dans les hôpitaux publics

Je voudrais solliciter de vous un conseil, et, le cas échéant, une marche à suivre juridique, si cela est votre avis.

Les Hospices civils de X. annoncent un concours de médecins radiologistes pour pourvoir au remplacement du médecin sortant. Or, dans l'annonce du concours, le contrat comporte la facilité de faire à l'hôpital de la clientèle privée.

Ceci lèsera évidemment la situation des médecins installés : d'abord les électroradiologistes du pays, et aussi les médecins dont la radiologie n'est qu'un accessoire.

Nous avons soumis la question à l'Ordre suivant note ci-jointe.

Qu'en pensez-vous ? Dr S.

Réponse

A notre avis, la question se réduit au problème des consultations externes dans les hôpitaux publics. En effet, le contrat, ou plutôt le statut, du médecin électroradiologiste de l'hôpital comporte, dites-vous, la possibilité de faire des examens sur des personnes non hospitalisées et de recevoir une participation sur le montant de ces examens.

Or, l'art. 22 du décret de 17 avril 1943 sur l'organisation de l'hospitalisation publique, ouvre en principe à tous les malades payants, quelles que soient leurs ressources, les services hospitaliers. Bien entendu, pour que cet article soit applicable, il faut qu'il y ait hospitalisation. Dans tous les cas où il n'en est pas ainsi, nous retombons dans l'hypothèse prévue par l'art. 35 de la loi du 21 décembre 1941 et l'art. 47 du décret du 17 avril 1942 sur les consultations externes.

Selon la loi du 21 décembre 1941, un règlement d'administration publique détermine les conditions dans lesquelles peuvent être organisés les services de consultation pour les malades dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation. Ce Règlement d'administration publique est constitué par l'art. 27 du décret du 17 avril 1943 d'après lequel les Commissions administratives peuvent, avec l'autorisation du Préfet donnée sur proposition ou avis du Directeur régional de la Santé, créer des services de consultations externes permettant aux malades en état de se déplacer de faire établir le diagnostic d'une affection et de se faire prescrire le traitement approprié.

Les règlements intérieurs fixent les mesures dans lesquelles les consultations sont confiées au personnel médical du service d'hospitalisation, ou à un personnel particulier nommé dans les mêmes conditions.

Un doute aurait pu s'élever sur le point de savoir si les consultations externes étaient, comme le service d'hospitalisation, ouvertes aux malades de toutes catégories. Ce doute est levé par l'art. 48 qui énumère les divers tarifs applicables notamment : «...3° aux malades payants, non bénéficiaires des lois d'assistance et de prévoyance sociales et ne pouvant justifier appartenir à la 3e catégori» ».

Dans cette hypothèse, les sommes dues au titre de consultations externes sont encaissées par l'établissement, une partie étant conservée par lui pour couvrir les frais de fonctionnement, et l'autre constituant les honoraires du médecin, chirurgien et spécialiste, et leur étant reversés par l'établissement, sous déduction

d'un pourcentage fixé en application de l'art. 134 du même décret, c'est-à-dire déterminé pour chaque spécialité par un arrêté du Secrétaire d'État à la Santé.

De tous ces textes, il résulte :

1° *que les hospices sont en droit de faire fonctionner au sein de leurs services des consultations externes d'électro-radiologie. Il est toutefois nécessaire pour cela qu'ils y aient été autorisés spécialement par le Préfet, après avis du Directeur régional de la Santé. C'est donc à la fois auprès du Préfet, du Directeur régional et de la Commission administrative que l'Ordre doit intervenir, s'il estime la décision prise contraire aux intérêts bien entendus de la santé publique ;*

2° *il n'est pas nécessaire que le personnel médical de la consultation externe d'électro-radiologie soit le même que le personnel des services d'hospitalisation. Autrement dit, le médecin électro-radiologiste de l'hôpital n'est pas forcément le médecin de la consultation externe, et les hospices pourraient faire appel à d'autres électro-radiologistes, ou mieux encore à tous les électro-radiologistes qualifiés de la ville. Ce serait à notre avis la solution optima. Une difficulté toutefois est que le personnel médical particulier de la consultation externe doit, dit le décret, « être nommé dans les mêmes conditions » que le personnel des services d'hospitalisation. Il faudrait ouvrir un concours spécial à cette fin.*

Mais à notre avis, ce serait dans cette direction que l'Ordre devrait s'orienter pour obtenir des hospices et de la Préfecture, une solution qui tiendrait compte des intérêts du Corps médical et des considérations sociales, financières et techniques que vous nous exposez.

3° *Mais il ne peut s'agir, en toute hypothèse, que de démarches, de pression et de propositions, et nullement de recours contentieux si les formalités prévues pour l'ouverture des consultations externes ont été accomplies. Bien qu'au point de vue professionnel, la solution qui consiste à confier la consultation externe à un électro-radiologiste de l'hôpital nous paraisse extrêmement critiquable, elle n'en est pas moins parfaitement valable sur le plan juridique.*

Nous serions très heureux que vous vouliez bien nous tenir au courant de la suite de cette affaire, qui présente un intérêt de premier plan.

❖

PENSIONS MILITAIRES

2907. — Expertises en vue de l'obtention d'une pension militaire

1° Dans mon département *un seul expert*, à ma connaissance, est chargé du premier examen pratiqué lorsqu'un sujet fait une première demande de pension militaire nécessitant un examen de spécialiste, demande appuyée d'un certificat de son médecin traitant.

Est-ce normal, ou devrait-il y en avoir plusieurs ?

Dans ce dernier cas, comment faire pour être désigné ?

2° Quelle est la rémunération de ces premières expertises ? Le tarif est-il le même pour les spécialistes que pour les omnipraticiens ?

Dr F.

Réponse

L'art. 31 de l'Instruction du 31 mai 1920 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 est ainsi conçu :

« Les expertises auxquelles sont soumis les militaires ou anciens militaires en vue de l'obtention d'une pension d'invalidité sont effectuées par deux médecins experts que désigne le médecin-chef du Centre de Réforme.

Ces médecins experts sont choisis soit parmi les médecins du cadre du Centre, soit sur la liste des médecins civils agréés par le Ministre, sur la proposition du Directeur du Service de santé de la Région. »

Il vous faut donc adresser une demande au Directeur du Service de santé dont dépend le Centre de réforme auprès duquel vous postulez un emploi. Faites transmettre votre demande par le médecin-chef, mais la chose n'est pas indispensable.

Pour une expertise ordinaire, le tarif est de 20 francs, qu'il s'agisse d'un omni-praticien ou d'un spécialiste. Pour une surexpertise, toujours confiée à un spécialiste, le tarif est de 40 francs.

❖

QUESTIONS FISCALES

3095 — Communication des déclarations faites par les Caisses d'assurances sociales au fisc.

J'aurais cru pouvoir obtenir que les Caisses d'assurances sociales me communiquent le montant des sommes déclarées par elles au Directeur des Contributions.

Il m'a été répondu par la Caisse interdépartementale de S. et S.-et-O., qu'elle n'avait pas le droit (?) de me communiquer ce renseignement.

Il serait pourtant du plus grand intérêt que ce renseignement soit fourni. Les Compagnies d'assurances le fournissent spontanément.

Je suis très ennuyé pour faire ma déclaration.

Ne peut-on pas agir auprès des Caisses d'assurances sociales qui pourraient faire un petit effort !

Dr M.

Réponse

Hélas ! dans l'état actuel de la législation, vous n'avez aucun moyen de contraindre les Caisses d'assurances sociales à vous communiquer le chiffre de déclaration par elles indiqué aux Contributions directes concernant les honoraires qu'elles vous ont versés.

Nous avons traité à plusieurs reprises de cette question dans le Concours Médical, *car elle intéresse en ce moment-ci assez vivement le Corps médical. Nous avons été obligés de reconnaître, dans le numéro du 15 mai dernier, que rien dans les textes légaux et réglementaires n'est venu édicter une obligation quelconque à la charge des Caisses en cette matière. Mais nous avons relevé que les Compagnies d'assurances n'étaient pas non plus contraintes à de telles communications et qu'elles le faisaient cependant fort obligeamment. Nous pensons donc pouvoir suggérer aux Caisses de suivre l'exemple des Compagnies d'assurances. Nous suggérions surtout aux Conseils départementaux d'obtenir, par voie de tractations amiables, des Caisses locales ou régionales qu'elles veuillent bien prendre l'habitude de cette communication.*

Depuis, nous avons relevé que, dans le Doubs, les Caisses envoient automatiquement à tous les médecins ayant donné des soins aux assurés, un imprimé faisant connaître le montant des versements auxquels leur acti-

cité a pu donner lieu, et nous avons relevé surtout que le Collège départemental d'Eure-et-Loir avait obtenu le principe de la communication aux médecins du relevé en question, sur demande des intéressés aux Caisses, demande à laquelle doit être joint un timbre pour la réponse.

Nous vous engageons donc à saisir de la question, ainsi qu'un certain nombre de nos confrères, votre organisation professionnelle départementale, qui pourrait peut-être obtenir des Caisses d'assurances sociales intéressant la clientèle des médecins de Seine-et-Oise, un accord semblable à celui obtenu en son temps par le Conseil d'Eure-et-Loir.

❖

SECRET PROFESSIONNEL

2878. — Secret professionnel et avortement

Je viens de recevoir la visite de deux fonctionnaires de la police judiciaire venus me demander des renseignements médicaux au sujet d'une de mes clientes dénoncée pour avortement.

Me retranchant derrière le secret professionnel, j'ai refusé de déclarer quoi que ce soit. Ces messieurs prétendent qu'une loi récente délie les médecins du secret professionnel en matière d'avortement.

Je vous serais obligé de me fixer à ce sujet.

Dr M.

Réponse.

En vertu de l'article 378 du Code pénal les médecins sont tenus strictement à respecter le secret professionnel. Toutefois les décrets-lois du 29 juillet 1939 et 29 novembre 1939 ont modifié l'article 378 du Code pénal en y ajoutant une disposition aux termes de laquelle les médecins, sans être tenus de dénoncer les avortements jugés par eux criminels dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, s'ils les dénoncent, les peines prévues pour la violation du secret. Cités en justice pour une affaire d'avortement, ils demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.

Il appartenait donc à votre conscience de décider si vous deviez ou non fournir les renseignements qui vous étaient demandés par la police. Si, pour des motifs dont vous êtes seul juge, vous avez préféré garder strictement le secret, aucun reproche ne peut vous être adressé et aucune sanction ne peut être prise contre vous.



Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : N° 3
THIRON ET CIE, Clermont (Oise) — N° au C. O. L. 31.0044
3e trimestre 44 N° d'autorisation : 77

66e ANNÉE — Nos 40 à 44 — OCTOBRE 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

Après la libération.

A la fin du mois d'août, lorsque les Allemands eurent achevé d'évacuer Paris, le Ministère de la Santé, fut confié au Pr Vallery-Radot qui, avec le titre de Secrétaire d'État, en assura l'intérim. Il prit pour chef de cabinet le Dr Milliez, puis le Dr Cavaillon.
En septembre arriva à Paris le ministre désigné par le Gouvernement Provisoire, M. Billou qui, assisté du Comité National Médical de la Résistance, prit la direction du département.
Actuellement le Cabinet est constitué de la façon suivante :
Directeur du cabinet : Dr Aujaleu.
Chef du cabinet : Dr Rouquès.
Chargé de mission : Dr B. Lafay.
Conseillers techniques : Prs Pasteur Vallery-Radot et Debré.
Font entre autres, partie du Comité National Médical de la Résistance : Pr Pasteur Vallery-Radot, Pr Debré, Pr Justin-Besançon, les Drs Lafay, Rouquès, Funck-Brentano, Descomps, De Gennes, Merle d'Aubigné.
Le Comité Départemental Médical de la Résistance de la Seine sous la présidence du Pr Balthazard et avec un Secrétariat général activement tenu par le Dr B. Lafay, groupe des personnalités telles que : les Drs Piédelièvre, R. Moreau, Laporte, Lefort, H. Bénard, Mme Bertrand-Fontaine, Tissier-Guy, L. Guyot, J.-F. Buvat, G. Vacher, J.-A. Huet, Habrekorn, J. Desjardin, J. Maille, E. Chérigie, G. Wolfromm.
La Faculté, les hôpitaux et le corps des praticiens se trouvent ainsi représentés.

Faculté de médecine de Paris.

Par arrêté du 27 septembre 1944, M. Moulonguet, agrégé, est nommé, à compter du 1er juillet 1944, professeur de technique chirurgicale (chaire créée).
Clinicat. Sont nommés, chefs de clinique médicale : MM. Albahary (Hôtel-Dieu), Richet (Bichat), Bareau et Depierre (Broussais), Le Sourd (Saint-Antoine), M. Coury et Mlle Teyssier (Broussais, propédeutique), MM. Duret et Lefebvre (Laennec, tuberculose), Hardel et Perrier (Broussais, cardiologie), Mlle Corre (Claude-Bernard, maladies infectieuses), MM. Combes-Hamelle (Trousseau, 1re enfance), Le Bozec et Ristuelhueber (Salpêtrière, maladies nerveuses), Danel et Gougerot (Saint-Louis, maladies cutanées), Desclaux et Talairach (Sainte-Anne, maladies mentales).
Sont nommés : chefs de clinique obstétricale, Mlle Mage et M. Moulle (clinique Tarnier) ; chef de clinique urologique, M. Compagnon (Cochin) ; chefs de clinique ophtalmologique, MM. Blancart et Bourdon (Hôtel-Dieu).

Hôpitaux de Paris.

Deuxième Concours 1944 d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Sont nommés, à la suite de ce concours : MM. Chérigié et Lebouchard.

Ecole centrale de puériculture.

Cours élémentaire et supérieur de puériculture. — Année 1944-1945. Cet enseignement aura lieu de novembre 1944 à juin 1945, au Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e). Il s'adresse aux jeunes filles désirant se consacrer à l'élevage des petits enfants ou apporter leur concours à des œuvres de l'enfance. Toute élève qui aura subi avec succès l'examen de sortie pourra recevoir soit un certificat d'auxiliaire, soit un diplôme spécial de puériculture. Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole, 51, avenue Victor-Emmanuel-III.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Pierre-Marie Lefèvre, troisième enfant du Dr Lefèvre, de Bourg-la-Reine (Seine) ; d'Evelyne Than Nguyen, fille du Dr Than

Nguyen, de Paris ; d'Anne-Marie Fron, sixième enfant du Dr André Fron, de Pontoise ; de Catherine Persigan, fille du Dr Claude Persigan, de Paris ; de Jean-Louis Dissez, troisième enfant du Dr Jacques Dissez, de Bayonne ; de Michel Courtadon, fils du Dr G. Courtadon, de Boen-sur-Lignon (Loire) ; de Pierre-Bernard-Alain Cointre, fils du Dr Jean Cointre, de Pontacq (Basses-Pyrénées) ; d'Elisabeth Thirard, deuxième enfant du Dr Jacques Thirard, d'Evreux ; de Henri-Pierre Le Brun, second fils du Dr Léon Le Brun, de Carentan (Manche) ; de Jean Blondel, fils du Dr Etienne Blondel, d'Yvetot, petit-fils du Dr Jules Blondel et du Dr Gaston Pépin, ancien interne des hôpitaux de Paris, neveu du Dr Jacques Blondel, stomatologiste, et du Dr Pierre Audion, ancien interne des hôpitaux de Paris ; de Jean-Erick Pinon, fils du Dr Marcel Pinon (Cerisiers, Yonne) ; de Jeanne-Odile Fleurent, sixième enfant du Dr Fleurent, de Belleville-sur-Saône (Rhône).

Mariages.

Le Dr Rougeulle, chirurgien-chef de l'hôpital d'Evreux, fait part du mariage de Mlle Anne-Marie Rougeulle, sa fille, avec M. René Leroy, architecte diplômé E.T.P. Le Dr Jean Beugnon, de Chatou (S.-et-O.), fait part du mariage de son fils le Dr Jacques Beugnon, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Colette Braeckmann.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Jacques Steinhart, médecin du Haras-au-Pin (Orne) ; du médecin colonel G. Lorentz ; du Dr Jules de Sèze, tué par une halle allemande, dans la rue, pendant la bataille de Paris : il était le père du Dr St. de Sèze, médecin des hôpitaux de Paris.
Le Dr Pierre Vanbockstael, de Vincennes, fait part du décès de Mme Vanbockstael-Schmitt, sa femme.
Le Dr G. Chalon, de Lille, fait part du décès de Mme Louis Chalon, sa mère.
Nous apprenons la mort du Dr Philippe Bridot, chirurgien, ancien externe des hôpitaux de Paris, tombé au champ d'honneur le 23 juillet 1944, chef du service de santé des Forces Françaises de l'Intérieur en Creuse, croix de guerre avec étoile de bronze.

Le Dr Raoul BLONDEL
Médecin, journaliste et musicien

Le Dr Raoul Blondel, mort récemment dans sa 81e année, avait été à 17 ans secrétaire du Pr Pouchet, au Muséum, puis préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine. Il passa sa thèse de doctorat en médecine sur les produits odorants des rosiers.

Assistant de Doléris, il s'occupa dès lors de gynécologie, mais le praticien s'effaça chez lui devant le publiciste et le musicien. Rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique*, il créa à la Sorbonne le bureau des renseignements universitaires de Paris et donna à plusieurs journaux, sous le nom de *Dioscoride*, des chroniques médicales appréciées du public. Compositeur et critique musical sous le pseudonyme de Raoul Brunel, il laisse entre autres œuvres : La *Vision du Dante*, exécutée au Châtelet ; *Circé*, sur le texte de Charles Richet ; *Caristys*, d'André Chénier. Enfin il donna à l'Opéra une *Tentation de Saint-Antoine*, qui exprime non seulement des qualités musicales mais aussi qu'il était arrière petit-neveu de Piron.

Florilège du souvenir, j'offre ces quelques phrases en hommage de condoléances à Mme Mélanie Blondel-Druet.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

Académie française

Les médecins français ont appris et salué à son heure l'élection à l'Académie française du Pr Pasteur Vallery-Radot. L'un après l'autre les mêmes honneurs se transmettent ainsi du grand-père au petit-fils et Pasteur parcourt dans sa descendance une deuxième carrière de gloires.

Nos lecteurs savent le rôle joué dans la Résistance par le Pr Pasteur Vallery-Radot ; ce rôle lui valut, au lendemain de la libération, d'exercer à titre provisoire les fonctions de secrétaire général à la Santé. Il continue à siéger au Comité National Médical de la Résistance, est conseiller technique auprès du Ministère de la Santé et chargé de mission auprès du Ministère de l'Information. Il sera appelé à jouer un rôle de premier plan dans l'organisation future de la profession médicale. Les médecins français trouveront en lui un porte-parole particulièrement qualifié dans un moment où leur sort se définit pour un long avenir.

Un devoir de confraternité envers les médecins sinistrés

Le titre peu enviable de « sinistré total » que portent des centaines de médecins français évoque une calamité irrémédiable et un dénûment si inhumain, que chacun frissonne à l'imaginer. Logis, meubles, vêtements, linge, batterie de cuisine, provisions, tout ce qui fait les aises de la vie et dispense l'homme des soucis terre à terre et quotidiens du vagabond, sont autant de raretés qu'on ne peut espérer retrouver dans notre monde en guerre lorsqu'on les a perdus. Sans parler des livres, des bibelots, des souvenirs qui constituent un passé et dont il ne reste qu'à porter le deuil.

Il existe encore pour le médecin un surcroît d'infortune : c'est d'avoir perdu ses appareils et instruments de travail et de se demander avec angoisse s'il pourra jamais exercer de nouveau sa profession. Comment gagner sa vie et faire vivre les siens ?

A l'issu de la précédente guerre une œuvre s'était créée pour procurer des instruments aux médecins sinistrés du Nord et du Nord-Est. Aujourd'hui les besoins sont cent fois plus grands. Ne peut-on cependant essayer d'y parer et de porter secours à des confrères injustement malheureux ?

Nous adressons donc un appel aux médecins français qui peuvent disposer de certains appareils et instruments de médecine générale et de spécialités afin qu'ils les réservent aux victimes de la guerre. Peut-être en trouveront-ils dans leur entourage. Sinon, et en attendant que fonctionne une organisation actuellement en formation, ils peuvent faire parvenir leurs dons au *Concours Médical* qui les acheminera vers les bénéficiaires.

Ordre et syndicats

Un groupe d'anciens médecins syndiqués nous a adressé un communiqué dont nous extrayons ce qui suit, par souci d'information.

Le Corps Médical a appris avec regret que, l'Ordre des Médecins était *supprimé*, tout au moins *temporairement*, et qu'on allait revenir au système des *syndicats* qui existait avant la guerre...

Nous allons donc revenir dans le département de la Seine, au système des *syndicats multiples* et de toutes tendances (et les tendances politiques n'en seront pas exclues). A côté de cette poussière de syndicats, nous allons aussi revoir cet état de fait que plus de la moitié des médecins du département restaient en dehors des organisations syndicales...

Les médecins soussignés, anciens membres des Syndicats Médicaux du Département de la Seine, se permettent d'attirer respectueusement l'attention de M. le Ministre de la Santé sur l'intérêt que présenterait pour le Corps Médical — et pour la Nation également — le rétablissement aussi rapide que possible de l'*Ordre des Médecins dans l'ensemble de ses attributions.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

Le *Journal Officiel de la République Française* a depuis la fin août apporté des modifications profondes à la législation publiée par le *Journal Officiel de l'Etat Français.* D'aucuns redoutaient un bouleversement législatif complet qui eût engendré, au moins pendant un certain temps, un regrettable désordre. Mais nos gouvernants n'ont pas commis une telle erreur.

L'ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine est le texte de base de toute la nouvelle législation (*J.O.*, 10 août 1944). Elle a été complétée par une ordonnance additionnelle du 11 octobre 1944 (*J.O.*, 12 octobre). Après avoir déclaré *nuls et de nul effet tous les actes constitutionnels, législatifs ou réglementaires, ainsi que tous arrêtés promulgués sur le territoire continental postérieurement au 16 juin 1940 jusqu'au 10 août* 1944, cette ordonnance contient une réserve importante : *la nullité de ces actes doit être expressément constatée,* ce qui, nous dit l'exposé des motifs, s'explique par le souci de ne pas revenir sans transition aux règles de droit en vigueur au 16 juin 1940 d'une part, et d'autre part de maintenir certains textes législatifs ou réglementaires que n'eût pas désavoués le régime républicain. **Les textes promulgués par le Gouvernement de Vichy continuent donc à recevoir application tant que leur nullité n'a pas été expressément constatée.**

A. Textes annulés

Ce principe posé, les ordonnances des 9 août et 11 octobre 1944 **constatent expressément la nullité** *de tous les textes constitutionnels, de tous les textes ayant institué des juridictions d'exception, de ceux relatifs aux associations dites secrètes* (Franc-maçonnerie, etc.) *et de ceux ayant établi ou appliqué une discrimination quelconque fondée sur la qualité de juif* (en particulier les lois du 2 juin 1941 portant statut des juifs, et sur le recensement des juifs, et le décret du 11 août 1941 réglementant, en ce qui concerne les juifs, la profession de médecin).

Elles constatent en outre la nullité de plusieurs textes dont les effets antérieurs au 10 août 1944 sont eux-mêmes annulés. Au nombre de ceux-ci figurent :

La Charte du Travail (Comités sociaux d'entreprise).

La loi du 14 septembre 1943 relative à l'organisation de la profession de sage-femme.

La loi du 22 novembre 1941 sur l'exercice de la médecine par les étrangers,

et plus généralement toutes les dispositions qui instituent une distinction entre les Français qui sont nés de père Français et ceux qui n'ont pas cette qualité.

D'autres textes sont, eux aussi, annulés. Mais leurs effets antérieurs au 16 août 1944 sont cependant validés rétroactivement. Ainsi en est-il de la *loi du 19 octobre 1942 instituant une limitation du nombre des étudiants admis à s'inscrire en vue du diplôme d'Etat de Docteur en médecine.*

B. Textes nouveaux

Ces mêmes ordonnances étendent au territoire métropolitain un certain nombre de textes déjà promulgués par le Gouvernement d'Alger. Ces textes ainsi publiés en bloc, et ceux qui ont été pris postérieurement par le Gouvernement provisoire de la République française, nous allons les analyser avec classement analytique.

Epuration et sanctions politiques.

Une ordonnance du 26 *juin* 1944 (*J.O.*, 10 août) modifiée et complétée par les *ordonnances des* 14 *septembre* 1944 (*J.O.*, 15 *septembre*) et 13 *octobre* 1944 (*J.O.*, 14 octobre) définit et réprime les *faits de collaboration.*

L'ordonnance du 21 *décembre* 1943 (*J.O.*, 10 août 1944) déclare *indignes d'occuper des emplois supérieurs dans les services publics* ceux qui ont appartenu aux *groupements anti-nationaux* (Services d'ordre Légionnaire ou Milice, Groupe « Collaboration », Phalange africaine, Milice anti-bolchevique, Légion tricolore, groupement dit Parti Franciste, Rassemblement National Populaire, Comité Ouvrier de Secours immédiats, Mouvement National Révolutionnaire, et groupement dit « Parti Populaire Français » (ce dernier postérieurement au 1er janvier 1942).

Une ordonnance du 26 *août* 1944 (*J.O.*, 28 août) modifiée par les *ordonnances des* 30 *septembre* 1944 (*J.O.*, 1er octobre) et 17 *octobre* 1944 (*J.O.*, 19 octobre) *institue et réprime* le crime d'*indignité nationale*.

Une ordonnance relative à l'épuration administrative du 27 *juin* 1944 (*J.O.*, 10 octobre) complétée par l'*ordonnance du* 25 *octobre* 1944 (*J.O.*, 26 octobre) frappe de sanctions disciplinaires et éventuellement de sanctions administratives les *fonctionnaires ou agents publics en activité ou en retraite* qui ont commis des faits de collaboration. La définition du fonctionnaire est très extensive : *tous fonctionnaires, agents, employés, ouvriers et membres, quelle que soit leur dénomination, de tous organismes créés en vertu d'un acte des pouvoirs publics de droit ou de fait et qui tirent tout ou partie de leurs ressources soit de taxes obligatoirement perçues, soit de subventions ou attributions de fonds sur deniers publics.*

ORGANISATION DE LA MÉDECINE.

Un décret du 18 *octobre* 1943 (*J.O.*, 10 août 1944), complété par *le décret du* 25 *janvier* 1944 (*J.O.*, 10 août) *portant suppression de l'Ordre des Médecins, abroge les lois des 7 octobre 1940, 2 avril 1941, 10 septembre 1942 ainsi que tous textes modificatifs et d'application*. Il met sous séquestre les biens appartenant aux Conseils de l'Ordre. Les Syndicats de médecins, reconstitués, sont admis à prélever dans les biens sous séquestre, ceux qui, leur appartenant, avaient été transférés aux Conseils de l'Ordre par la législation abrogée. Le surplus des biens sous séquestre doit être transféré aux nouveaux Conseils départementaux de l'Ordre institués par une ordonnance du 18 octobre 1943 (Cette ordonnance n'ayant pas été publiée dans la métropole n'y est pas encore applicable).

La non publication de cette ordonnance met en porte-à-faux deux de ses textes d'application qui, ayant été publiés au *J.O.* dans la métropole, sont théoriquement applicables : ce sont l'*ordonnance du* 15 *mars* 1944 (*J.O.*, 10 août) *frappant d'inéligibilité aux Conseils et Chambres de discipline les médecins ayant appartenu aux groupements anti-nationaux* énumérés plus haut, et l'*ordonnance du* 4 *janvier* 1944 (*J.O.*, 13 janvier) *modifiant expressément l'ordonnance non publiée* sur la question des élections aux premiers Conseils départementaux.

Une *ordonnance du* 27 *juillet* 1944 (*J.O.*, 30 août), modifiée et complétée par *celle du* 26 *septembre* 1944 (*J.O.*, 27 septembre), *rétablit, pour l'ensemble des professions, la liberté syndicale*. Un texte spécial pour la médecine aurait été promulgué à Alger, mais non publié en France, il n'y est certainement pas applicable. Toutefois, les médecins, comme tous les citoyens, détiennent dès maintenant de l'ordonnance du 27 juillet 1944 le droit de constituer de nouveaux syndicats (*cf.* article de J. Mignon dans le présent numéro).

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Rappelons (*cf.* ci-dessus) l'abrogation de la loi du 22 novembre 1941 qui interdisait, sauf rares exceptions, l'exercice de la médecine à tout individu non français ou non né de père français.

L'ordonnance non publiée du 18 octobre 1943 dont nous venons de parler, prévoit l'interdiction générale d'exercer la médecine pour tout individu non citoyen ou sujet français avec exception au profit de tous les médecins étrangers exerçant leur profession en France le 3 septembre 1939. Elle n'est pas plus applicable dans ce domaine que dans celui de l'organisation professionnelle.

L'exercice de la médecine semble donc actuellement réglé par la loi du 26 juillet 1935, dont la substance a été reprise par un *décret du* 18 *octobre* 1943 (*J.O.*, 10 août 1944), portant

d'ailleurs application de la fameuse ordonnance fantôme du 18 octobre 1943.

Dans notre prochain numéro nous consacrerons une étude à cette importante question.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

Rappelons (*cf.* ci-dessus) que le *numérus clausus* est abrogé.

Un décret du 26 septembre 1944 (*J.O.*, 28 septembre) rattache l'Ecole française de Stomatologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

MÉDECINS PRISONNIERS.

Une ordonnance du 22 *août* 1944 (*J.O.*, 26 août) *relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité valide en principe la loi du* 28 *août* 1942. Mais elle étend le bénéfice de cette loi aux médecins retenus en captivité pendant douze mois seulement à partir du 2 septembre 1939 (au lieu de dix-huit mois). Elle en déchoit par contre les médecins partis pour la relève. Enfin, elle annule l'article 6 de la loi du 28 août 1942 mettant à la disposition des jeunes médecins revenant de captivité les postes vacants de médecins étrangers.

MÉDECINE COLONIALE.

Un décret du 11 *août* 1944 *constitue à Dakar une Ecole africaine de Médecine et de Pharmacie* (arrêté d'application du 14 août).

Un autre décret de même date organise les cadres des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains.

Enfin, un décret du 17 *août* 1944 autorise les médecins, dentistes et sages-femmes étrangers, appartenant à des missions religieuses, à exercer leur art dans les colonies d'Afrique occidentale, équatoriale, Cameroun et Togo. (Tous ces textes *J.O.*, 26 août 1944).

AUXILIAIRES MÉDICAUX.

Une ordonnance du 28 *août* 1944 (*J.O.*, 31 août) valide en principe la loi du 15 juillet 1943 *relative à la formation des infirmiers et infirmières hospitaliers*, à l'organisation et à l'exercice de leur profession, mais annule leur groupement en Union nationale.

ALLOCATIONS FAMILIALES.

L'ordonnance du 17 *octobre* 1944 (*J.O.*, 18 octobre) *valide les textes de Vichy en cette matière. Elle majore de* 50 % pour la période de six mois à dater du 1er septembre 1944 les prestations servies au titre de la *prime à la première naissance* et de la *mère au foyer. Elle majore de* 80 % pour les familles de deux et trois enfants *et de* 50 % pour les familles de plus de trois enfants, pour la même période que celle ci-dessus, les *allocations familiales proprement dites.*

ASSURANCES SOCIALES.

Une ordonnance du 20 *octobre* 1944 (*J.O.*, 21 octobre) *porte de* 48.000 *à* 60.000 *francs le plafond du salaire* au delà duquel l'assujettissement aux Assurances sociales n'est pas obligatoire.

PRISONNIERS, DÉPORTÉS ET RÉFUGIÉS.

Un *décret du* 18 *novembre* 1943 transforme le Commissariat aux Prisonniers et Déportés, créé antérieurement à Alger, en Commissariat aux Prisonniers, Déportés et Réfugiés. Un *décret du* 8 *décembre* 1943, complété par le *décret du* 2 *avril* 1944, fixe les attributions de ce Commissariat, et une *ordonnance du* 1er *juillet* 1944 y rattache les organismes métropolitains entrant dans ses attributions.

Un *décret du* 8 *décembre* 1943 crée une Commission intercommissariale permanente des Prisonniers, Réfugiés et Déportés. (Tous ces textes : *J.O.*, 10 août 1944.)

Un *décret du* 3 *août* 1944 accorde aux prisonniers de guerre, prisonniers politiques et tous internés de camps de concentration, dès leur retour de captivité, et pendant une période de six mois, la perception du double des rations alimentaires accordées aux consommateurs de la catégorie A.

RECONSTRUCTION.

Une *ordonnance du* 3 *juin* 1944 *sur les reconstitutions d'urgence* (*J.O.*, 10 août) règle notamment *la réparation provisoire ou définitive des maisons d'habitation et l'édification ou l'aménagement de logements provisoires*, lorsque ces travaux n'entraînent pas une dépense supérieure à 10.000 francs par personne, et lorsqu'ils pourront être achevés dans un délai de six mois à partir du moment où le lieu de leur exécution aura cessé de faire partie de la zone des combats. (Texte d'application : décret du 3 juin 1944. *J.O.*, 10 août 1944.)

Un *arrêté du* 10 *août* 1944 (*J.O.*, 29 septembre) fixe les modalités des prêts consentis aux sinistrés pour l'exécution des travaux de reconstitution d'urgence.

Ainsi qu'on le voit l'activité législative a été grande.

Nous souhaitons, quant à nous, que, dans le domaine de l'organisation de la profession et dans celui de l'exercice de la médecine, la publication rapide de textes de lois promulgués à Alger vienne mettre un terme à une période d'incertitude qui n'a que trop duré.

PARTIE SCIENTIFIQUE

SIGNIFICATION CLINIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'HAPTOGLOBINE

Par Max-Fernand JAYLE
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

La médecine grecque avait intégré dans l'examen clinique du malade l'observation de la coagulation sanguine. L'apparition à la surface du caillot d'une zone blanchâtre, sorte de couenne ou " phlegma ", était considérée par les disciples d'Hippocrate comme un symptôme cardinal du processus infectieux. Le même phénomène se retrouve encore dans la littérature médicale des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, sous le nom de " crusta inflammatoria, phlogistica, pleuretica ou lactea ". Il justifiait la pratique massive des saignées, qui n'avait d'autre but que d'extraire de l'organisme le principe morbide ou " materia morbificans " responsable du test sanguin et cause profonde de la maladie. Façonné par la technique moderne, ce test est devenu la vitesse de sédimentation globulaire et il n'est autre que l'expression physico-chimique du bouleversement de la formule protéique du plasma. L'analyse biochimique quantitative de ce déséquilibre plasmatique permettrait de dresser un bilan, qui serait du plus haut intérêt clinique, s'il pouvait être établi aussi complètement qu'une formule sanguine. Cela impliquerait l'étude de la courbe de solubilité des protéines plasmatiques, de leur labilité, de leur pHi ainsi que de leur teneur en glucides liés et en lipides. Ce travail est malheureusement irréalisable dans la pratique médicale courante en raison de la quantité de sang qu'il exige ; aussi doit-on se limiter à la séparation empirique des albumines et des globulines, dont l'intérêt est fort discutable. Si l'on rassemble tous les documents de la littérature médicale et scientifique intéressant ces problèmes, on retire l'impression que la formule protéique du plasma ne présente pas les variations infinies de la formule cytologique, mais que sa déviation pathologique a toujours lieu dans le même sens, à des degrés variables. Toutes ses modifications semblent donc liées les unes aux autres, la variation d'un seul élément s'accompagnant de celle de tous les autres. Aussi le problème technique ne consiste-t-il pas tellement à donner une analyse complète du phénomène, mais bien plutôt à mesurer avec précision les variations d'une seule de ses composantes.

Sur le plan physiopathologique l'étude de la formule plasmatique, contrairement à celle de la formule sanguine, est à même de renseigner le médecin sur le terrain de son malade et non pas sur la nature spécifique de son affection ; il s'agit d'un document d'essence tissulaire qui ne dépend pas d'une réaction de défense, mais est la répercussion d'un état pathologique sur le métabolisme tissulaire et, pourrait-on dire, sous une forme plus simpliste, donne une idée de la souffrance de l'organisme.

La découverte de l'haptoglobine (1), en permettant le triage spécifique d'un glycoprotéide plasmatique dont le taux normal est très faible, donne une mesure précise de la variation d'une protéine dont la signification biologique paraît être fonction du transport des pigments véhiculés dans le plasma et issus du catabolisme tissulaire. Ce principe fortement visqueux et pigmenté a la propriété de se combiner à l'hémoglobine libre, et vraisemblablement à ses produits de dégradation.

Bennhold a établi toute l'importance de la fonction du transport des protéines plasmatiques, tant dans la prise en charge des déchets issus du catabolisme tissulaire physiologique ou pathologique que dans la neutralisation des substances toxiques introduites dans l'organisme. On conçoit que le taux des protéines spécialisées dans cette fonction sera parallèle à l'usure ou à la désintégration tissulaire et on devine l'intérêt clinique qui peut se rattacher à leur évaluation quantitative.

L'haptoglobine n'est donc pas une protéine pathologique. On la trouve normalement dans le sang circulant, mais son taux reste excessivement faible en l'absence de tout processus morbide ; il fournit dans ce cas une sorte de constante tissulaire, véritable caractéristique physiologique de l'organisme.

Cliniquement on exprime la teneur du sang en haptoglobine par une échelle dont les limites extrêmes sont 0 et 10 (2), mais qui se tient le plus souvent comprise entre 0 et 5, un demi cm^3 de sérum suffit à son dosage qui est très rapide (3). Chez les individus sains, l'indice est en règle inférieur à l'unité, et d'autant plus bas que le sujet est plus jeune et en meilleure santé. Pendant la première enfance on ne trouve que des traces d'haptoglobine, mais chez les adultes l'indice dépasse le plus souvent 0,5. Une étude statistique a fixé à 1,2 la limite normale et à 1,5 le début de la zone pathologique, les chiffres de 1,3 et de 1,4 encadrant la ligne de démarcation. Les sujets fatigués ont souvent un indice compris entre 1,3 et 1,8, il mesure alors " l'état non spécifique " des auteurs allemands (4) qui doit désigner tous les cas où la clinique ne peut déceler une affection évolutive. Par contre chez les individus en parfaite santé, en l'absence de toute inflammation, même localisée, l'indice se rapproche de 0,5 et peut être considéré comme une constante physiologique. Tous les processus infectieux, quelle qu'en soit la nature, lui font franchir la zone d'alarme et il devient alors proportionnel à l'évolutivité des lésions et surtout à la désintégration tissulaire. Nous avions pensé avec E. Brissaud (5), qu'il y avait un véritable rapport de cause à effet entre l'infection et l'haptoglobinémie. L'élargissement de notre investigation clinique n'est plus en accord avec cette hypothèse

car on trouve des indices très élevés au cours de la nécrobiose aseptique des tumeurs bénignes et malignes, alors que la formule leucocytaire n'accuse aucune modification. L'hyperthyroïdie, par la seule augmentation du catabolisme et de la lyse tissulaires, accroît l'haptoglobine. Il en est de même des processus de réparation tissulaire, à la suite par exemple d'une intervention chirurgicale aseptique. Dans tous ces cas, il est vrai assez rares, l'infection ne peut être mise en cause.

La clinique est donc en accord avec la biochimie de l'haptoglobine pour confirmer l'interprétation physiopathologique que nous proposons et ne voir dans l'élévation de l'indice de l'haptoglobine que la répercussion, sur la formule humorale, de l'accroissement du catabolisme tissulaire.

Envisageons maintenant brièvement comment le test de l'haptoglobine peut être mis à profit par le clinicien.

1° Il découle de son étude physiopathologique qu'un indice normal, inférieur à 1,2 a une valeur absolue plus grande qu'un indice pathologique compris en 1,5 et 5, car il s'agit d'une réaction ultrasensible et un processus inflammatoire localisé, relativement bénin, ou une affection grippale éphémère, suffisent pour en provoquer une augmentation notable. Aussi le taux normal de ce protéide permet-il, plus sûrement que tout autre signe clinique, d'éliminer toute affection évolutive. On pourrait comparer l'haptoglobine à une cellule photo-électrique clinique : cet instrument à l'encontre de l'œil, est totalement dénué de sens critique et est seulement capable de mesurer une absorption lumineuse, quelle qu'en soit la nature. En dépit de son manque de spécificité, sa très haute précision en a fait un auxiliaire indispensable du laboratoire d'analyse.

2° En médecine sociale cet examen humoral peut être un élément intéressant du dépistage polyvalent permettant de parfaire un examen clinique qui ne peut être très minutieux en raison des contingents importants à examiner. De nombreux consultants des dispensaires, du seul fait qu'ils ne sont pas tuberculeux, sont renvoyés sans investigation clinique complémentaire, alors qu'ils ont des indices d'haptoglobine souvent très élevés (Fourestier).

3° L'haptoglobine permet de préciser à tous moments l'évolutivité d'une affection, en particulier d'une lésion tuberculeuse (6 et 7) ou d'une atteinte rhumatismale et permet de substituer un chiffre à une impression clinique fondée sur l'état général du malade ou sur l'accroissement d'un processus pathologique entre deux examens.

4° Mais là, pensons-nous, où ce test peut être le plus précieux, ce sera pour confirmer une guérison. Il est parfois difficile de saisir la transition entre la convalescence et la guérison totale par le seul examen clinique. Le retour de l'indice à un taux inférieur à l'unité acquiert une grande valeur pour confirmer cette dernière. Enfin, il peut être intéressant d'objectiver l'effet d'une thérapeutique sur un état évolutif quelconque et dans ce cas l'haptoglobine peut servir de point de repère.

L'haptoglobinémie n'est en fait qu'un élément nouveau de mesure qui vient renforcer la symptomatologie générale et dont l'interprétation nécessite un grand esprit critique toutes les fois que son taux s'avère supérieur à la normale. Elle n'a pas pour but de simplifier la médecine mais, comme beaucoup de techniques de laboratoire, d'approfondir l'examen du malade en le rendant à la fois plus complexe et plus scientifique, en posant des problèmes nouveaux. Elle indique à la fois le sens et l'importance de la déviation de la formule protéique du sérum vers le déséquilibre pathologique.

Elle reflète un phénomène d'essence tissulaire, indirectement lié au processus catabolique et d'autant plus marqué que l'usure ou la désintégration des cellules est plus importante. Elle représente une protéine de transport sans doute spécialisée et existe normalement à un taux d'autant plus bas que l'organisme est plus jeune, devenant chez l'adulte sain une véritable constante de la qualité biologique individuelle.

L'haptoglobine ne fait que réhabiliter le test sanguin antique sous la forme d'une réaction adaptée à la technique scientifique moderne. Elle permet de mesurer simplement le déséquilibre introduit dans la formule protéique du plasma par un élément pathologique indéterminé. Elle est donc une réaction du terrain et non de la défense de l'organisme.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. Polonovski et M. F. Jayle, C.R.Ac.Sc., 1940, t. 211, p. 517.
(2) M. F. Jayle, C.R. Ac. Sc., 1940, t. 211, p. 574.
(3) M. F. Jayle, Exp. An. Bioc. Méd., Masson, Paris, 1942, p. 162.
(4) Lippross, Méd. Welt., 3 juillet 1943.
(5) Brissaud, thèse méd., Paris 1941.
(6) Troisier, Polonovski, Jayle et Brissaud, Bul. Ac. Méd., 1939, t. 123, p. 239.
(7) Troisier, Brouet, Brissaud, Rev. tub. nov. 1940.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUBERCULOSE DU CORPS UTÉRIN

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien-chef des Hôpitaux de Toulouse

SANS être tout à fait exceptionnelle, la localisation du bacille de Koch au niveau de l'utérus constitue une lésion que l'on ne rencontre qu'assez rarement en clinique. C'est là un fait admis par tous les auteurs, et dont j'ai pu me rendre compte personnellement, puisque depuis le début de mes études médicales, je n'ai pu observer que deux cas de tuberculose utérine.

Dans le premier que j'ai rapporté à la Société Anatomique de Paris, il y a quelques années, il s'agissait de lésions du col, dans le second, dont je vais vous entretenir aujourd'hui, il s'agit de tuberculose du corps utérin.

Mme Vve L..., âgée de 44 ans, a été hospitalisée au début du mois d'avril dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu pour mauvais état général de santé : comme elle se plaignit au cours de son séjour de différents troubles utérins, elle fut évacuée au début de mai dans notre service, où elle occupa le lit nº 14 de la salle Sainte-Marthe.

Les antécédents héréditaires et consanguins de notre malade ne présentent pas grand intérêt : comme antécédents personnels, elle a été réglée à 14 ans, et très régulièrement jusqu'à ces derniers mois. Elle s'est mariée à 22 ans et a eu quatre grossesses normales : deux de ses enfants sont morts, l'un en bas âge de méningite, et l'autre à 16 ans d'une affection pulmonaire. Elle n'a jamais eu de fausses couches, ni fait de maladie grave : depuis cinq ans elle est veuve, son mari étant décédé des suites d'un accident.

Notre malade, femme de petite taille, se présente dans un état de santé assez précaire, elle est fortement amaigrie. Depuis environ cinq mois, elle a constaté l'apparition de quelques pertes blanches, d'abord assez discrètes, puis plus abondantes, s'accompagnant de douleurs vagues dans la région utérine, mais sans irradiations, ni propagations. En même temps ses règles, qui, bien que très régulières, n'avaient jamais été considérables, se mirent à augmenter un peu d'abondance, de fréquence et de durée, et il se produisit enfin quelques métrorragies, indolentes, silencieuses, irrégulières, peu marquées et tout à fait spontanées. Cet état de choses persista jusqu'au mois de mai, sans que notre malade y ait attribué grande importance, car ce n'est qu'au moment de son hospitalisation qu'elle s'en plaignit.

En l'examinant, on constata que le col utérin en bonne position n'offrait rien d'anormal : l'utérus ne paraissait pas augmenté de volume et les culs de sac étaient libres. De leur côté, les annexes ne présentaient pas de signes de lésions. Le ventre était souple et non douloureux à la pression, tous les différents appareils de l'économie, y compris l'appareil pulmonaire, fonctionnaient normalement : le pouls et la température ne portaient pas de modifications, et l'examen des urines fut négatif.

En présence d'un pareil tableau clinique, on pensa qu'il s'agissait uniquement de lésions métritiques banales, pour lesquelles on prescrivit le traitement ordinaire usité en pareils cas (injections vaginales chaudes, tampons glycérinés, crayons intra-utérins à l'ichtyol).

Cette thérapeutique fut poursuivie très régulièrement pendant environ trois semaines, et n'amena aucune modification de l'état génital de notre malade : les pertes blanches persistèrent toujours aussi abondantes. Aussi devant cet insuccès complet fut-il décidé de pratiquer une exploration intra-utérine, qui eut lieu au début de juin. Le curetage ramena un certain nombre de débris de muqueuse utérine, qui furent mis soigneusement de côté en vue de l'étude histologique, et dont l'examen montra l'existence de lésions tuberculeuses sous la forme de cellules géantes et de petits follicules.

Devant cette constatation le diagnostic s'imposait : il s'agissait de tuberculose du corps de l'utérus, lésion contre laquelle une seule thérapeutique était indiquée, l'hystérectomie totale.

Cette intervention eut lieu quelques jours plus tard et ne fut marquée par aucun incident : les suites opératoires furent excellentes, la malade fut autorisée à se lever dix-huit jours après l'opération et à quitter l'Hôtel-Dieu vers la fin du mois. J'ai eu l'occasion de la revoir à plusieurs reprises, son état de santé ne laissait rien à désirer.

Nous avons ultérieurement procédé à l'examen des pièces enlevées. Déjà au cours de notre intervention, nous avions constaté l'absence complète de lésion péritonéale et nos recherches microscopiques nous montrèrent également l'intégrité absolue des trompes et des ovaires, qui ne présentaient aucune espèce d'altérations. Au niveau de l'utérus, un certain nombre de fragments furent prélevés en différents points, et leur examen nous montra l'existence de lésions d'endométrite tuberculeuse, s'étendant sur toute la cavité utérine et descendant jusque sur le milieu du canal cervical.

La muqueuse était épaissie, légèrement fongueuse, avec une certaine hyperplasie glandulaire : dans le chorion, se voyaient un grand nombre de follicules tuberculeux élémentaires, dont certains tendaient à évoluer vers l'ulcération. Ces lésions toutefois étaient encore superficielles et n'avaient pas atteint la couche musculaire.

En résumé, il s'est donc agi dans notre cas d'une tuberculose primitive, au sens que l'on donne à ce mot, du corps de l'utérus, lésion encore au début de son évolution, ne présentant aucun symptôme caractéristique, et ne se traduisant que par un syndrome banal de métrite (métrorragies discrètes, douleur vagues, leucorrhée). En l'absence de lésions spécifiques de la plèvre, du poumon ou de péritoine, qui nous auraient peut-être orienté vers l'idée d'une localisation tuberculeuse, on ne pouvait guère y songer, et le diagnostic se porta plutôt vers l'idée d'une métrite banale, probablement occasionnée par l'approche de la ménopause. Ce n'est que par suite de l'échec du traitement gynécologique et de la persistance des différents troubles que l'on songea à pratiquer un curetage, qui par l'examen des produits ramenés permit de porter le diagnostic exact.

La tuberculose atteint avec une fréquence très inégale les différentes parties de l'appareil génital de la femme : elle est rare au niveau du col, s'observe un peu plus souvent au niveau du corps, mais c'est surtout la trompe qui constitue le lieu d'élection.

En ce qui concerne le col, la tuberculose se localise le plus souvent au museau de tanche, sous des formes variables : forme ulcéreuse plus ou moins étendue, à bords déchiquetés et fond granuleux, forme végétante rappelant l'allure du cancer, forme interstitielle, caractérisée par une hypertrophie considérable du col avec intégrité apparente de la muqueuse. Mais elle peut également occuper le canal cervical, évoluant sous la forme d'endométrite avec muqueuse épaissie, rouge et saignante (forme catarrhale

de Schutt), sous la forme de caverne ulcéreuse, ou encore de végétations polypeuses qui ne peuvent être reconnues qu'après dilatation du col.

— La tuberculose du corps utérin est beaucoup plus fréquente que celle du col, mais elle est rarement isolée : elle est, en effet, le plus souvent secondaire à la tuberculose des annexes et du péritoine pelvien. Elle peut également se présenter sous des formes diverses, tuberculose miliaire disséminée, où la surface de la muqueuse utérine est recouverte d'un semis de petites granulations jaunâtres, ou endométrite tuberculeuse. Dans ce dernier cas, la muqueuse est d'abord épaissie, fongueuse avec hyperplasie glandulaire et follicules au sein du chorion; plus tard apparaissent des nodules tuberculeux qui se caséifient et se vident, laissant à leur place des ulcérations, véritables cavernes qui peuvent creuser dans la profondeur, envahissant ainsi le myomètre, capables, mais exceptionnellement, d'aboutir à la rupture utérine.

Lorsque l'orifice interne du col est oblitéré du fait des lésions tuberculeuses, les produits caséeux s'accumulent dans la cavité utérine déterminant ainsi une pyométrie tuberculeuse. Enfin on a signalé des cas extrêmement rares de tuberculose limitée au myomètre : l'utérus était augmenté de volume, la muqueuse n'était pas légère, mais à la coupe de la paroi, on trouvait en pleine musculature des nodules plus ou moins volumineux, dont la nature tuberculeuse fut décelée par l'examen histologique et par l'inoculation.

La tuberculose utérine ne présente aucun symptôme caractéristique, et ne se traduit que par le syndrome banal de métrite, des troubles menstruels, plus souvent de l'aménorrhée que des ménorragies ou des métrorragies, des douleurs vagues, de la leucorrhée, et ce n'est que dans les périodes avancées qu'un examen attentif de l'écoulement peut y faire reconnaître des grumeaux caséeux pathognomoniques. En général, c'est l'absence des antécédents ordinaires pathologiques des métrites : l'accouchement, l'avortement, la gonococcie, — c'est la présence de lésions suspectes au niveau des plèvres ou du poumon, — c'est le caractère torpide de la métrite et sa résistance aux moyens ordinaires de traitement, qui doivent faire penser à la possibilité d'une tuberculose.

Lorsque les lésions sont localisées au col, bien que le toucher et l'examen au spéculum permettent de les bien étudier, leur diagnostic est d'une difficulté extrême. En présence d'un col ulcéré ou d'une masse végétante, c'est presque toujours au cancer que l'on songe, car les seuls caractères cliniques sont insuffisants pour empêcher l'erreur : aussi dans tous les cas douteux faudra-t-il avoir recours à une biopsie, l'examen histologique donnera seul une certitude.

La tuberculose du col utérin, quand elle est bien localisée, peut guérir par un traitement local : cautérisations à l'iode, au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc. Lorsque les lésions sont étendues ou demeurent rebelles au traitement médical, c'est une amputation haute du col qu'il conviendra de pratiquer. Quant à la tuberculose du corps utérin, elle est justiciable du traitement chirurgical, l'hysterectomie abdominale, totale ou subtotale, constitue l'opération de choix et le traitement purement médical ne vit en quelque sorte que des contre-indications opératoires.

CORPS ÉTRANGERS DES PARTIES MOLLES

A PROPOS D'UN ARTICLE DU Dr ISELIN

Nous avons relevé dernièrement dans notre clientèle deux observations de corps étrangers des parties molles. Les cas relatés s'apparentent étroitement à ceux rapportés par le Dr Marc Iselin, dans son article de « Pratique chirurgicale de tous les jours», paru dans le n° 41 du " Concours Médical " du 11 octobre 1943.

Le premier est d'autant plus intéressant que le diagnostic se compliquait du fait que la lésion observée évoluait chez un tuberculeux et qu'il peut apporter une lueur sur la pathogénie encore obscure et actuellement à l'étude, des suppurations pariétales après traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Voici les faits.

Observation n° 1. — Malade de 35 ans atteint de tuberculose ulcéro-caséeuse des deux sommets avec prédominance à droite.

Un pneumothorax est créé à gauche ; à droite, on se propose un traitement collapsothérapique chirurgical, un pneumothorax tenté s'étant révélé impossible par suite de symphyse pleurale.

Un premier temps postérieur de thoracoplastie est pratiqué en février 1941 ; il porte sur les arcs postérieurs des trois premières côtes ; suites normales.

Un deuxième temps postérieur est pratiqué un mois après sur les trois côtes suivantes. Au troisième jour, température anormalement élevée ; la radioscopie et la radiographie révèlent un épanchement extrapleural avec décollement important. Au septième jour cet épanchement s'évacue spontanément à la peau par un orifice arrondi, de la dimension d'une lentille, qui s'est fait jour dans la partie médiane de la cicatrice opératoire.

Cet épanchement, 300 cm³ environ, est séro-hématique, amicrobien ; il ne tarit pas spontanément et un écoulement persiste par ce trajet, malgré des lavages quotidiens et un drainage dans la partie déclive de la poche d'épanchement persistante. On décide alors, au bout d'un mois, une mise à plat chirurgicale qui est faite, et complétée par la résection de la pointe de l'omoplate sous laquelle le décollement s'étendait. Les suites sont longues ; on obtient quatre mois après une cicatrisation par comblement ; des lavages et méchages quotidiens de la plaie, ont été pratiqués pendant toute cette période. La cicatrice reste douloureuse, ce qui nécessite l'absorption de nombreux calmants de la part du malade.

Cette complication a fait surseoir au troisième temps antérieur qui avait été prévu primitivement, d'autant plus que l'état général du malade avait nettement faibli (perte de poids de 15 kg.). Les choses en restèrent là jusqu'au début de 1943. A ce moment, on voit apparaître à côté de la cicatrice, vers sa partie médiane, en peau saine, une petite excroissance charnue, verruqueuse. Petit à petit cette excroissance grossit, prend l'aspect d'une cerise et s'ulcère, laissant s'écouler une sérosité hématique un peu analogue à celle de l'épanchement.

Cette excroissance est détruit par nitratages ; un petit décollement est décélable par exploration du stylet. Des bourgeons charnus apparaissent à l'orifice et sont détruits presque quotidiennement par nitratages ; ils se reproduisent avec exubérance. Cette situation dure cinq mois, puis brusquement l'orifice qui était devenu fistuleux se cicatrise. Une deuxième ulcération prend naissance à ce moment en plein tissu cicatriciel, au niveau de la première ulcération, environ à 3 cm., et par elle s'éliminent, à huit jours d'intervalle, deux esquilles osseuses de 1 cm , déchiquetées sur les bords. Cicatrisation rapide et complète dans les huit jours suivants. Sans nul doute, il s'agissait d'esquilles opératoires créés par le costotome et éliminées presque trois ans après l'intervention.

On peut se demander si l'épanchement complication du début n'était pas dû à la présence de ces deux esquilles importantes ; il est intéressant, nous le répétons, de signaler le fait au moment où l'on étudie les suppurations pariétales survenant après thoracectomie, que l'on explique souvent mal, et d'attirer l'attention des chirurgiens de chirurgie thoracique sur ces complications possibles.

Nous ajoutons que le diagnostic n'avait pas était fait ; on avait pensé dans ce cas à une fistule pleuro-pariétale d'origine tuberculeuse. Les diverses radiographies pratiquées n'avaient pas permis de déceler ces deux esquilles de surface relativement importante, mais minces.

Observation n° 2. — Enfant de 8 ans. Vu au début de novembre 1943 pour " plaie de chaussure infectée " déclare la maman.

Examen : Tuméfaction du bord externe de l'avant-pied droit, avec fluctuation superficielle au niveau d'une bulle violacée sur la face dorsale du pied, à la hauteur de l'extrémité distale du premier métatarsien. Douleur à la palpation de la région tuméfiée, atrophie musculaire du mollet droit (1 cm. 1/2 de moins du côté droit). L'enfant marche sur le bord interne du pied.

Incisée, la bulle laisse échapper un liquide séro-sanguinolent louche, avec quelques gouttes de pus ; l'exploration au stylet révèle un trajet de 1 cm 1/2. Pansement à la poudre de sulfamides, puis nitratages successifs en raison de volumineux bourgeons charnus, comblant le trajet fistuleux. Aucune tendance à la cicatrisation. Cette situation dure plusieurs semaines.

L'enfant, interrogé avec insistance, se souvient d'avoir marché nu-pieds en forêt, et s'être retiré une épine de la face plantaire du pied en juillet 1943. L'hypothèse d'une plaie par corps étranger se précise, alors et quelques jours après on assiste à l'issue spontanée d'un fragment d'épine de 2 cm. de longueur suivie de cicatrisation rapide et complète.

Ainsi, une plaie fistulée avec tuméfaction du bord externe du pied, atrophie musculaire, durant depuis plusieurs semaines, pouvant faire penser à une ostéite bacillaire, se révèle due à la présence dans les tissus superficiels d'un corps étranger. Le temps de latence est à noter ; de juillet 1943 à novembre 1943, ainsi que la présence dans le trajet, de fistule, de bourgeons charnus volumineux, tenaces, que l'on retrouve dans l'observation n° 1. Après guérison, l'enfant présente un certain degré de pied plat par suite de l'attitude vicieuse en inclinaison interne du pied, en varus.

En conclusion, nous dirons avec le Dr Marc Iselin, que les corps étrangers des parties molles sont relativement fréquents, qu'il faudra toujours y penser en présence d'une suppuration traînante d'aspect fistuleux et nous ajoutons, bourgeonnant, même, comme le montre notre observation n° 1, dans le cas de suppuration succédant à un acte chirurgical aseptique, soit qu'il s'agisse d'esquilles provoquées par un instrument coupeur ou broyeur, où, comme il a été signalé, de catgut ou de soie mal résorbés.

Dr ROMAN et Dr A. ROLLAND
(Larens, Basses-Pyrénées).

LES CONGRÈS

JOURNÉES GYNÉCOLOGIQUES DE DAX
(29-30 mai 1944)

Ces journées, qui faisaient suite au cours de perfectionnement de gynécologie du Pr Jeanneney, à Bordeaux, se sont déroulées les 29 et 30 mai 1944, à Dax, sous les présidences successives des Prs Fontaine, Jeanneney Mauriac, et Delmas-Marsalet. D'intéressantes communications, dont nous donnons ci-après un compte rendu, ont été faites sur plusieurs grandes questions de gynécologie moderne.

L'Hyperfolliculinie
Pr de Gennes (Paris)

Le syndrome d'hyperfolliculinie est dû soit à une hypersécrétion de folliculine, soit à un défaut de production de son hormone antagoniste, la lutéine.

Les manifestations majeures en sont :

Chez l'enfant, le syndrome de puberté précoce ; chez l'adulte, l'hyperménorrhée, le syndrome du quatorzième jour, l'exagération considérable de tous les troubles physiologiques prémenstruels. Il faut y ajouter les troubles neurotoniques, l'asthme ou l'urticaire prémenstruels, les psychoses folliculiniques, les avortements répétés, la stérilité. L'hyperfolliculinie paraît être également la grande responsable des mammites hypertrophiques, des adénomes du sein, de la maladie kystique, des fibromes utérins.

Mais le diagnostic d'hyperfolliculinie ne peut être affirmé que par la biopsie de l'endomètre, qui montrera une hypertrophie de la muqueuse et l'absence de lutéinisation. En effet le syndrome clinique est parfois trompeur, et les dosages de la folliculine dans le sang ou dans les urines n'ont donné jusqu'ici que des résultats très contestables.

Les causes de l'hyperfolliculinie sont multiples et souvent peu accessibles. En dehors des causes manifestes, telles que les ovarites scléro-kystiques, ou les tumeurs de la granulosa ou de la thèque interne, on admet que certaines affections salpingo-ovariennes, les tumeurs microscopiques de l'ovaire, certaines interventions chirurgicales (curetages) ou radiothérapiques peuvent provoquer le syndrome d'hyperfolliculinie. Le plus souvent son étiologie est inconnue.

Le traitement de ce syndrome consiste avant tout à donner en temps utile l'hormone complémentaire ou antagoniste, la progestérone ou la testostérone, qui ont chacune leurs indications respectives. La méthode des inclusions sous-cutanées de ces hormones paraît avoir donné dans quelques cas des résultats très intéressants. L'extrait mammaire a été récemment proposé comme antagoniste à la folliculine. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels qu'on est autorisé à recourir à la castration radiothérapique ou chirurgicale.

Quelques réflexions au sujet de l'aménorrhée
Par M. le Pr G. Cotte (Lyon)

La classification de toutes les aménorrhées en aménorrhées hypo ou hyperhormonales ne paraît pas correspondre à la réalité des faits. Les cas de grossesse chez des aménorrhéiques, le retour des règles après une manœuvre exploratrice ou thérapeutique bénigne (biopsie endo-utérine, hystérométrie ou simple étincelage du col) montrent bien que le jeu hormonal n'est pas seul en cause dans le mécanisme de la menstruation.

D'autre part, il semble que l'aménorrhée n'atteigne guère que les femmes à constitution émotive et dont le système neuro-végétatif est particulièrement instable ; chez ces malades la thérapeutique hormonale la mieux composée n'a souvent aucun effet, et le retour des règles est parfois provoqué par un choc émotionnel, une psychothérapie bien menée, voire un traitement anodin.

En somme, une analyse minutieuse et objective des faits s'impose, et sans nier les heureux résultats de l'hormonothérapie, il convient de souligner le rôle important du système neuro-végétatif.

Hypovitaminose C et méno-métrorragies

Pr agrégé J. Magendie (Bordeaux)

En période de carence alimentaire les hypovitaminoses C latentes et méconnues sont fréquentes. Le surmenage, les troubles digestifs, les hémorragies répétées, constituent autant de causes supplémentaires.

La tendance aux hémorragies caractérise ces hypovitaminoses et il faut faire une place à part parmi les méno-métrorragies fonctionnelles aux hémorragies par carence vitaminique C (acide ascorbique).

Le diagnostic en est malaisé. La fragilité capillaire (signe du lacet) n'est pas le complément obligatoire de cette tendance au saignement. Les tests de décoloration du dichlorophénol-indophénol injecté sous la peau (Rotter, Codvelle, Simonnet et Morand) ne sont pas spécifiques. L'épreuve de saturation (Harris et Ray), qui consiste à imprégner le sujet d'acide ascorbique jusqu'à ce que celui-ci s'élimine dans les urines, est sujette à de nombreuses erreurs, mais donne cependant d'utiles présomptions. Seul le dosage chimique de l'acide ascorbique dans le sang permet des conclusions solides. La méthode de MM. Espil et Genevois, appliquée dans le service du Pr Jeanneney par MM. Troupeau et Glaunes donne des résultats constants, mais la méthode est longue et délicate et exige un personnel entraîné. A l'état normal, le taux moyen d'acide ascorbique trouvé dans le sang par cette méthode varie de 10 à 15 mgr. (Troupeau). La carence débute au-dessous de 9 mgr.

Nous avons trouvé couramment des doses de 6 mgr. et au-dessous chez des femmes présentant des méno-métrorragies fonctionnelles. Dans ces cas, il suffit de redonner de l'acide ascorbique à la dose de 300 mgr. par jour intraveineux, pendant une semaine ou deux, pour faire cesser les hémorragies.

Dans l'intoxication professionnelle par le benzol, les méno-métrorragies, signe de dépistage précoce du benzolisme (Glaunes), sont également liées à une carence en vitamines C, et la vitaminothérapie doit accompagner la suppression du toxique.

Dans le cas de méno-métrorragies organiques (fibromes, *polypes, etc.) l'action de la vitamine C est nulle s'il n'y* a pas carence.

Si celle-ci est surajoutée (méno-métrorragies mixtes) les résultats thérapeutiques obtenus par l'injection d'acide ascorbique sont inconstants et passagers, mais permettent de préparer ou de différer parfois utilement l'intervention chirurgicale.

Les troubles fonctionnels préménopausiques
Pathogénie et dosage hormonaux

Par MM. Claude Béclère et H. Simonnet

Beaucoup de femmes entre 40 ans et la ménopause définitive présentent pendant plusieurs mois ou plusieurs années tout un ensemble de troubles des règles et d'hémorragies utérines qu'il faut désigner sous le nom de " troubles fonctionnels préménopausiques ".

Les dosages hormonaux nous montrent qu'il se produit à cette période un déséquilibre hormonal entre hypophyse et ovaires. Dans la majorité des cas nous avons constaté des chiffres anormalement élevés de folliculine, souvent précédés eux-mêmes de chiffres anormalement élevés d'hormones gonadotropes.

Ces poussées irrégulières, hypophysaires, puis folliculiniques entraînent :

1° Tantôt des phases d'aménorrhée et tantôt des hémorragies utérines de tous types et de toutes abondances.

2° L'épaississement de la paroi de l'utérus qui devient gros et scléreux.

3° La production d'une hypertrophie de la muqueuse utérine, hypertrophie qui souvent revêt l'aspect caractéristique de l'hyperplasie glandulo-kystique, aspect qui, comme on le sait, est caractéristique de la surcharge folliculinique.

(à suivre).

LES THÈSES

Dr Jean Louin. — **La leptospirose à leptospira grippo-typhosa** (Thèse de Paris, 1944).

La leptospirose à leptospira grippo-typhosa, affection peu connue en France jusqu'à ces derniers temps, a été étudiée surtout à l'étranger sous les noms divers de : fièvre de vase (schlammfieber de Müller), fièvre de boue, fièvre aquatique, fièvre des marais, grippe d'été, etc. Elle survient, en effet, généralement chez des sujets s'étant baignés en rivière ou en étang, ayant séjourné ou travaillé dans les prairies, les marais, au cours d'étés chauds précédés de printemps pluvieux. Il existe pourtant des cas sporadiques survenant pendant l'automne ou l'hiver.

La nature de la maladie a été précisée par Tarassoff qui, en 1928, envoyé dans un district du Gouvernement de Moscou pour y suivre une épidémie de cette affection, put démontrer qu'il s'agissait d'une leptospirose due à un spirochète qu'il a appelé leptospira grippo-typhosa aquatilis, eu égard à la prédominance, dans les manifestations cliniques de la maladie, des symptômes d'allure typhoïdique ou grippale.

La leptospirose à leptospira grippo-typhosa a été signalée tout récemment dans plusieurs régions de notre pays : Charente, Touraine, Creuse, Saône, Seine-et-Marne. Des observations ont été publiées en 1943 par M. J. Decourt, M. Lemierre, M. Benoist et leurs collaborateurs. Le Dr Louin a eu l'occasion de voir le malade de M. Benoist lors de l'apparition de troubles oculaires chez ce patient. Un travail d'ensemble, d'autre part, a été fait par M. Mollaret.

Après une incubation variable (de deux jours à trois semaines), la maladie éclate par un début généralement brutal : malaise initial intense, frissons, température élevée (39° à 41°), abattement, céphalée, anorexie, diarrhée parfois, injection conjonctivale, subictère quelquefois. Le tableau est, il est vrai, assez variable, et à côté des formes typhiques et grippales, il peut exister des formes ictériques, méningées, encéphalitiques, rénales, érythémateuses, etc. Vers le cinquième ou sixième jour, habituellement, la température tombe pour reprendre passagèrement après un intervalle de deux à quatre jours d'apyrexie ; la courbe thermique peut d'ailleurs offrir un type plus irrégulier. Le malade, amaigri, entre alors en convalescence, convalescence longue et pénible, en raison de l'asthénie profonde laissée par la maladie. Le pronostic de la leptospirose à leptospira grippo-typhosa n'offre pas cependant de gravité d'une manière générale, les terminaisons mortelles étant tout à fait exceptionnelles.

Le diagnostic pourra se poser avec nombre d'affections et de syndromes : spirochétose ictéro-hémorragique, maladies typhoïdes, grippe, etc. Le séro-diagnostic (agglutination positive du leptospira grippo-typhosa par le sérum des malades au bout de dix jours environ), permettra un diagnostic biologique. Le traitement est symptomatique.

L'élément de contagion paraît être un rongeur (souris des champs, campagnol), qui constituerait un réservoir de virus, contaminant les terrains humides, les étangs, les rivières. La destruction de ces animaux serait ici une importante mesure de prophylaxie. La pénétration du germe chez l'homme se ferait par une solution de continuité de la peau ou par une muqueuse.

P.L.

Dr Jérome Romaroni. — **Contribution à l'étude des otites de la rougeole. Sulfamidothérapie au cours des otites de la rougeole** (Thèse de Paris, 1943).

De l'avis de l'auteur, les indications de la sulfamidothérapie au cours des otites de la rougeole sont rares. Inutiles à titre préventif, contre-indiqués d'une façon générale une fois l'otite déclarée (ils peuvent créer une sulfamidorésistance, d'où inconvénient grave au cas où surviendrait un accident méningé, justiciable de la sulfamidothérapie), les sulfamides n'ont d'indications, pour ce qui concerne les otites rubéoliques, que dans quelques cas particuliers : préparation à la trépanation mastoïdienne, complications phlébitiques et méningées.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le taux des cuti-réactions négatives chez les externes des hôpitaux.

(M. E. Rist ; 14-3-1944)

M. Rist a constaté, sur un total de 1.047 externes des hôpitaux de Paris appartenant aux promotions 1937-1938-1939, examinés par lui, une proportion de cuti-réactions négatives s'élevant à 11,35 %. L'âge moyen était de 22 ans et six mois. L'impression générale que donnaient ces promotions d'avant guerre était d'ailleurs celle d'une remarquable robustesse physique. L'état physique des promotions de 1942 et 1943 n'est pas, ainsi qu'on peut le supposer, aussi satisfaisant.

Comparant cette statistique avec celle établie en 1938-1939, par le Dr Bidou, parmi les élèves de 19 et 20 ans des lycées de Paris, on note, chez ces derniers, un pourcentage beaucoup plus élevé de cuti négatives (38 à 40 %). La raison de cette différence est le risque de contamination tuberculeuse des étudiants en médecine, tenant à la fréquentation des services hospitaliers.

Troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs d'origine traumatique.

(M. G.-E. Jayle.

Présentation par M. Rochon-Duvigneaud ; 14-3-1944)

Remarques sur la conservation des aliments par le froid.

(M. H. Martel ; 21-3-1944)

La conservation des aliments par le froid ne veut pas dire l'aseptisation de ces aliments. Le froid, dit M. Martel, peut certes assainir les chairs infestées par les cysticerques et les trichines. La congélation très prolongée peut aussi réduire l'activité de la microflore des aliments, mais il n'y a pas alors aseptisation véritable. Le froid ne peut aseptiser. D'où l'importance d'une récolte propre des produits alimentaires — des viandes, par exemple — à conserver par le froid.

Enquête sur le pronostic éloigné de l'infarctus myocardique.

(M. A. Clerc ; 21-3-1944)

M. Clerc présente quelques considérations intéressantes relatives à l'infarctus myocardique. Elles autorisent une certaine atténuation au pronostic particulièrement sombre attaché à cette grave affection. L'auteur rappelle les observations publiées de malades qui, à la suite d'infarctus myocardiques, ont connu des survies de plus de dix, vingt, trente ans, et ont pu reprendre leur profession. Diverses statistiques montrent la mortalité impressionnante de la maladie (environ 45 %) au cours des premières semaines. Presque 60 % des patients, d'autre part, succombent avant la deuxième année. Mais, une fois franchie cette période vraiment angoissante, la classe des " rescapés " ne demeure nullement négligeable. Non seulement leur survie moyenne se maintient entre trois et quatre ans, mais au moins 20 % passent la cinquième année et 10 % la dixième. Rappelons, à ce sujet, l'histoire du grand cardiologue, J. Mackensie qui, à l'âge de 55 ans, en 1908, souffrit d'une première atteinte d'infarctus myocardique. Ce ne fut guère qu'en 1922 que la marche lui devint réellement pénible. En janvier 1925, une attaque de même nature devait l'emporter à 72 ans : l'autopsie révéla un cœur porteur de plusieurs cicatrices anciennes, sans parler de l'infarctus récent.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure dans l'appendicite.

(M. Jean Chavannaz ; 19-1-1944)

M. Chavannaz fait connaître un signe précoce de l'appendicite aiguë : la matité de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. En l'absence de douleur provoquée au point de Mac Burney, est-il possible, dit-il, d'affirmer l'appendicite ? L'auteur le pense : la douleur abdominale spontanée, la contracture, l'élévation thermique même discrète, et la matité de l'épine iliaque antéro-supérieure droite sont, à son avis, un ensemble de signes suffisants

Contusion rénale grave avec hématuries en trois temps.

(MM. Badelon et Le Bournis, de la Marine
Rapport de M. Fey ; 26-1-1944)

Contusion rénale le 17 octobre 1942, suivie d'hématurie passagère. Seconde hématurie, qui dure trois jours; le 3 novembre. Troisième hématurie le 8 décembre. Néphrectomie. Guérison. C'est un exemple d'hématurie secondaire à long intervalle dont plusieurs observations ont été publiées.

Essai d'une nouvelle chimiothérapie dans le cancer de la prostate. Son action sur la douleur.

(M. C.-J. Botelho. — Rapport de M. Gouverneur ; 2-2-1944)

C'est en 1925, au cours de recherches sérologiques effectuées au Centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu, recherches lui ayant permis d'établir sa réaction sérodiagnostique du cancer, que M. Botelho a conçu ce traitement. Il consiste en une série d'injections intraveineuses d'une solution dérivée des réactifs mêmes employés dans la réaction de Botelho (iode-iodure de sodium-acide citrique).

Depuis deux ans et demi la méthode a été essayée chez des malades porteurs de néoplasme de la prostate. Parmi eux, les uns souffraient (malades algiques). Ce sont les seuls dont M. Gouverneur veut parler aujourd'hui, une expérience plus longue étant nécessaire pour apprécier la valeur du traitement chez les non-algiques.

La presque totalité des malades algiques ont été favorablement influencés par cette thérapeutique, l'action sédative s'exerçant ici tout spécialement sur les douleurs par compression radiculaire et plexique. L'effet du traitement semble en rapport avec une action directe du complexe sur la tumeur. Les solutions iodo-iodurées-acides en question, dépourvues de toxicité, n'ont donné lieu, jusqu'alors, à aucun phénomène d'intolérance.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Sclérodermie œdémateuse traitée par la radiothérapie et les infiltrations ganglionnaires.

(MM. Et. May et A. Netter ; 14-1-1944)

Ces auteurs restent attachés à la théorie sympathique de la sclérodermie, malgré la théorie, para-thyroïdienne ; la sclérodermie serait proche parente de la maladie de Raynaud, et liée comme elle à une perturbation du système neuro-végétatif, surtout vaso-moteur. Une telle conception conduit à l'emploi des mêmes méthodes thérapeutiques, qui d'ailleurs ont été couronnées de succès dans deux observations, qui sont communiquées. Il s'agit d'injections d'acétylcholine, de séances de radiothérapie cervicale et axillaire, d'infiltrations novocaïniques des ganglions cervicaux inférieurs et supérieurs. Les malades traités étaient atteints de formes œdémateuses, et c'est

à ce stade surtout que la thérapeutique peut être efficace. Plus tard, quand l'atrophie et la sclérose cutanées se sont complètement installées, il y a peu de chances pour obtenir une régression importante des lésions.

Accidents nerveux réflexes à répétition, par insufflation d'un pneumothorax extrapleural.

(MM. Pierre Bourgeois, P. Tournier et J. Routier ; 21-1-1944)

Cette observation se singularise par le fait que les accidents nerveux relativement discrets et bénins la première fois, graves et laissant d'assez importantes séquelles la seconde fois, sont toujours survenus après simple piqûre du pneumothorax extrapleural, avant toute injection d'air, sans qu'apparemment aucun vaisseau ait été lésé. La première fois, c'était une hémiplégie, qui céda rapidement à une injection intramusculaire de 40 centigrammes d'acétylcholine ; la deuxième fois, il y avait à la fois hémiplégie gauche importante et épilepsie jacksonienne droite à point de départ crural, complètement insensibles à une dose massive d'acétylcholine. Cette épilepsie, survenue avant que l'on retire le trocart, ne peut avoir qu'une origine réflexe. A noter aussi l'apparition de troubles vaso-moteurs avec sueurs profuses, marbrures de l'hémithorax du côté de l'injection. Une injection préalable de morphine et surtout une anesthésie locale à la cocaïne de tout le trajet de ponction sont suffisantes pour éviter des accidents réflexes de cette importance.

Un cas longtemps méconnu de silico-tuberculose.

(MM. Rist et J.-M. Lemoine ; 28-1-1944)

La malade, âgée à l'époque de 27 ans, était venue consulter pour des bronchites à répétition. Elle présentait un bon état général, sans température ; seuls quelques râles sibilants s'entendaient à l'auscultation. La radio montrait un semis de grains, agglomérés en marbrures ; il s'agissait de lésions fibreuses généralisées, de nature indéterminée. Quelques mois plus tard, on découvrit dans l'expectoration de rares bacilles de Koch, et l'on institua le traitement de la tuberculose. Mais, au hasard d'un interrogatoire, on apprit que la patiente avait travaillé de 13 à 19 ans, c'est-à-dire huit années avant sa première consultation, à la fabrication de fleurs artificielles en porcelaine dans un atelier étroit et mal aéré, dont l'atmosphère était chargée de poussières de kaolin. Ainsi, tardivement, s'était démasquée la tuberculose, après être restée tant d'années latente, indiscernable au milieu de lésions fibreuses, se dérobant à tous les examens bactériologiques et n'affectant en rien la santé. C'était en réalité une silico-tuberculose.

Miliaire silicotique.

(MM. Ameuille et Paley ; 4-2-1944)

Il s'agit encore d'un malade qui, sorti depuis longtemps du milieu où il avait contracté la silicose, ne faisait pas spontanément mention de son passage dans ce milieu, vingt-deux années auparavant. On ne doit pas oublier que la silicose est évolutive, et poursuit souvent son extension après abandon du milieu silicogène. A noter que le miliaires très fines échappent longtemps à l'examen radiologique ; elles ne sont visibles que sur de très bons clichés. Les miliaires à gros grains se devinent à la radioscopie, encore faut-il que leurs granulations aient atteint un volume suffisant.

M. Duvoir : Le corps nocif est le bioxyde de silicium. S'il y a empoussiérage massif, ce qui est maintenant exceptionnel, et si celui-ci est suffisamment prolongé, tous les sujets exposés deviennent ou risquent de devenir silicotiques ; ceux qui meurent succombent habituellement à une insuffisance cardiaque. Si l'empoussiérage est modéré, deviennent silicotiques ceux qui ont un passé pulmonaire : bronchites, lésions par les gaz et surtout tuberculose pulmonaire. Beaucoup de ces silicotiques succombent à une silico-tuberculose.

Aménorrhées pithiatiques, curables par la persuasion.

(M. J. Decourt ; 28-1-1944)

Cette dénomination s'applique à des aménorrhées, dont la guérison peut être obtenue parfois par simple persuasion, et qui sont susceptibles de s'associer à des accidents nerveux appartenant au cadre classique du pithiatisme, tel qu'il s'exprime dans le domaine de la vie de relation. Le fait remarquable est de voir guérir l'aménorrhée sous l'influence de la simple suggestion, armée ou non, comme guérissent les autres accidents pithiatiques. Il est intéressant de noter que, dans trois observations, l'aménorrhée s'est accompagnée d'une augmentation importante de poids, montrant ainsi que le dérèglement neuro-végétatif ou neuro-endocrinien n'affectait pas seulement la fonction menstruelle, mais aussi les conditions générales de la nutrition. Il semble bien probable que le dérèglement psychique initial affecte primitivement les centres nerveux du diencéphale ; mais il est sans doute capable de retentir secondairement sur les sécrétions hormonales elles-mêmes, que ces centres tiennent sous leur dépendance. A noter cependant que la cure des accidents pithiatiques classiques est facile et d'efficacité constante, tandis que celle des aménorrhées qualifiées de pithiatiques ne paraît pouvoir être escomptée que dans des cas particulièrement favorables, et, à tout prendre, exceptionnels.

G. F.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 17-1-1944

A propos des inclusions de progestérone

M. Turpault a inclus de la progestérone chez deux jeunes femmes non gravides, dont l'une présentait des menstruations alutéales (résultat : une pseudo-gestation, jusqu'à l'ablation de la progestérone, aménorrhée se poursuivant encore six mois après cette ablation), et l'autre de la polyménorrhée (résultat : métrorragie persistant trente-quatre jours jusqu'à l'ablation). Il pense donc que les inclusions sont contre-indiquées en dehors de la gestation.

Par contre, il pense qu'elles sont formellement indiquées dans les cas d'avortements à répétition avec hypopregnandiolurie. Elles n'ont de chance d'ailleurs d'être utiles que s'il y a effectivement des chiffres très bas de pregnandiol urinaire.

Physiothérapie des blocages hyperhormonaux

M. J.-A. Huet décrit trois stades aux blocages hyperhormonaux : un stade local avec phénomènes congestifs douloureux (justiciable des ondes courtes ou de la diathermie), un stade de retentissement régional (justiciable de la radiothérapie médullaire) et un stade de blocage central hypophyso-thalamique (justiciable de la radiothérapie hypophysaire).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 11-1-1944

Réflexions sur l'hémo-diagnostic.

(M. Ch. Mérieux)

M. Ch. Mérieux rappelle que l'hémo-diagnostic, technique bien connue des vétérinaires, peut exceptionnellement rendre service en médecine humaine, soit au médecin, soit au laboratoire. Extrêmement séduisante, cette méthode sûre, simple et pratique, ne doit pas cependant remplacer le séro-diagnostic classique.

LA PRESSE

La cataphylacto-transfusion en pratique médicale — Tel est le terme qu'emploient les professeurs G. Jeanneney et M. Castanet pour désigner l'immuno-transfusion, et cela parce qu'il exprime plus exactement les réactions défensives suscitées chez un donneur sain, et transmises au malade ; elles sont différentes de celles de l'immunité, lentes et spécifiques. Les premières sont, au contraire, plus brutales ; d'abord non spécifiques (phase des anticorps incomplets de Wright), elles deviennent spécifiques dans une deuxième étape (phase des anticorps définitifs de Ramon).

On trouve dans ce travail une technique complète de la cataphylacto-transfusion qui, bien conduite, repose sur l'étude du pouvoir hémo-bactéricide de l'infecté, lequel pose l'indication de la transfusion. Préalablement, il y aura lieu de sélectionner et d'immuniser les donneurs éventuels ; on préparera ensuite l'un d'eux, ayant acquis cette immunité de base, en vue de la réalisation immédiate d'une cataphylacto-transfusion, injection de vaccins ou d'anatoxines six heures avant la saignée ; puis, trois heures avant, absorption de sulfamides pour obtenir une augmentation du pouvoir hémo-bactéricide, celle-ci étant encore renforcée au moment de la saignée par une nouvelle addition de sulfamide ; on arrive ainsi à réaliser, *in vivo* et *in vitro*, une sorte de chimiothérapie supplémentaire. (« *Le Sud Médical et Chirurgical* », 31 *janvier* 1944).

La tuberculose de l'estomac. — Le docteur J.-P. de Fourmestraux consacre plus spécialement son étude aux formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac ; celle-ci n'apparaît le plus souvent que comme un phénomène secondaire au cours de l'évolution d'une tuberculose viscérale, généralement pulmonaire. D'aspect ulcéreux, hypertrophique ou sténosants la tuberculose gastrique est rare, extrêmement grave et difficile à diagnostiquer. La valeur des tests cytologiques et humoraux de la tuberculose reste toute relative puisque, dans le même temps, existent d'autres lésions viscérales bacillaires. Gastrectomie et gastro-entérostomie paraissent donner des résultats identiques, mais il semble difficile de préciser s'il s'agit alors d'une guérison à long terme, étant donné que le pronostic de la tuberculose gastrique est le plus souvent fonction de la sévérité de la tuberculose pulmonaire initiale (*Gazette des Hôpitaux*, 15 mars 1944).

L'aminémie élective des néphrites. — Le professeur M. Loeper et M. R. Maude précisent que dans la pathogénie complexe des néphrites intervient une toxémie, due à de nombreuses substances inorganiques ou organiques ; un grand nombre de celles-ci proviennent de la rétention des déchets azotés, mais non de l'urée, terme ultime de leur transformation, ni des polypeptides, terme intermédiaire, d'ailleurs peu toxiques ; il faut incriminer les bases aminées, qui proviennent des polypeptides, naissant dans l'intestin, peut-être aussi dans le rein, et certainement dans tous les tissus. L'acidité de ces tissus, si fréquente au cours des néphrites, favorise leur production par décarboxilation et fait sortir d'acides aminés, à l'apparence bien inoffensive, une proportion élevée de bases dangereuses : la tyramine, de la tyrosine ; l'histamine, de l'hystidine ; la tryptamine, du tryptophane. Les auteurs limitent leur étude à quatre bases, qui produisent respectivement l'hypertension (tyramine), l'anémie (indol, histamine, tyramine, etc.), l'œdème (corps histaminiques), les accidents convulsifs (guanidine ou imino-urée) (*Revue de Médecine*, novembre-décembre 1943).

G. F.

La cachexie hypophysaire. — Le Pr agrégé L. de Gennes estime qu'il ne faut pas penser à une cachexie hypophysaire dès que l'on rencontre un amaigrissement grave sans cause définie, et ainsi oublier que les cas de maladie de Simmonds sont exceptionnels. Son diagnostic se base sur la coexistence d'un amaigrissement rapide et grave avec aménorrhée précoce, hypotension, hypoglycémie, abaissement du métabolisme basal. On n'a le droit de penser à un tel syndrome qu'après avoir formellement éliminé par tous les examens radiologiques ou biologiques nécessaires, les causes banales d'amaigrissement, telles que tuberculose, cancer ou carences alimentaires. Mais la seule vraie cause d'erreur si fréquente qu'on peut la dire habituelle, est l'anorexie mentale ; or celle-ci est une affection essentiellement curable, et il ne faut pas laisser passer l'heure de son traitement utile avec un diagnostic d'exception. Dans la maladie de Simmonds, une seule lésion est constante à l'autopsie : la lésion pituitaire, qui aboutit à la destruction quasi totale du lobe antérieur de l'hypophyse. Le traitement de la cachexie hypophysaire vraie consiste à injecter à doses suffisantes un extrait antéhypophysaire actif (*Gaz. Méd. de France*, avril 1944).

Les troubles du rythme cardiaque au cours des affections digestives. — Le Dr R. Boucomont constate que le nombre des « faux cardiaques » est en augmentation constante. Les troubles habituellement rencontrés au cours des affections du tube digestif sont : des tachycardies, des bradycardies, des arythmies extrasystoliques, des crises de tachycardie paroxystique. Les deux premiers se trouvent dans les ptoses et l'aérophagie. Les extrasystoles peuvent se rencontrer dans toutes les affections douloureuses ou irritatives de l'estomac. Cependant les dyspepsies hyperthéniques et l'aérophagie sont les maladies, au cours desquelles on les rencontre le plus souvent. De nombreux troubles subjectifs cardiovasculaires accompagnent parfois les diverses affections digestives : palpitations, douleurs précordiales, crises d'angor, accès de dyspnée, hypotension, etc. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, avril 1944).

Les myélomes. — Il faut signaler une intéressante revue générale, due à M. le Pr Jeanneney, à MM. Gournain et Tingand, sur la question des myélomes osseux ; ceux-ci se développent aux dépens des éléments de la moelle osseuse, avec un syndrome fait d'une hyperprotidémie et d'une albuminurie particulière : l'albumosurie. Souvent, ils se présentent sous la forme d'une affection générale (maladie de Khaler) ; parfois ce sont des myélomes à localisations unique ou peu nombreuses, dont l'évolution est plus lente ; le pronostic moins sombre. Ces tumeurs sont radiosensibles ; le seul traitement est la radio ou la radiumthérapie ; mais il ne faut en attendre que des rémissions de durée variable (*Gaz. des Hôpitaux*, 15 avril 1944).

Vaccinothérapie et sulfamidothérapie des pneumopathies des vieillards. — Le Pr P. Courmont rappelle que ces pneumopathies sont trop souvent rebelles aux anciens traitements. Par contre la vaccinothérapie a fait ses preuves avec le vaccin pneumo-entéro-staphylococcique de Weil-Dufourt. Quant à la sulfamidothérapie, les résultats en sont incertains, et de plus ses accidents ou incidents sont à redouter chez les malades âgés, dont le foie, les reins et le sang sont plus sensibles à ces thérapeutiques massives. Chez eux, les sulfamides ne doivent pas être employés non plus à titre préventif. L'association des vaccins et des sulfamides est pratiquée par certains, en diminuant la dose des sulfamides (*Gaz. des Hôpitaux*, 15 avril 1944).

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

POUR LE RETOUR DE LA LIBERTÉ

NOTRE numéro de septembre, composé en août, ne pouvait enregistrer déjà des événements que l'on pressentait proches, mais dont l'accomplissement restait à venir. C'est maintenant chose faite : nous sommes dans un autre monde, sous nos yeux s'est déroulé un authentique prodige.

Comme un fleuve refoulé par le mascaret le temps a remonté son cours, entraînant dans le remous les fétus que nous sommes, et, en cet été 1944, nous avons vu repasser quelques semaines de l'été 1940. Ce phénomène inouï de régression nous a restitué des événements vieux de quatre ans en images inversées à la façon d'un miroir. Et la fidélité du double est telle qu'on se frotte les yeux, doutant de leur témoignage.

Il y a quatre ans le colosse en qui nous avions placé toutes nos espérances, notre propre pays, ferme dans son armure, confiant dans son destin, engageait le combat. Soudain avec stupeur nous l'avions vu hésiter, faiblir, s'abattre, et tout de suite ce fut l'agonie. Un moment il sembla que tout était fini et qu'avec lui nous étions perdus sans retour. Mais le râle ne cessait point ; des soubresauts attestaient que la vie livrait obscurément son combat et nous déchiraient le cœur. Cette agonie n'en finissait pas ! Et nous sentions notre propre vie aussi inéluctablement attachée aux chances précaires de ce moribond que la flamme vacillante à la mèche vidée d'huile. Telle fut notre passion : durant quatre ans nous vécûmes en sursis d'une heure sur l'autre.

Pourtant une volonté farouche de ne pas mourir rassemblait d'obscures énergies et les intriquait dans une action suprême de sauvegarde. En proie à ses tortionnaires le grand corps pantelant ne s'abandonnait pas et guettait l'heure de la riposte. Cette heure venue, il tressaillit de toutes ses fibres. Il parvint à se mouvoir, à se dresser ; il ramassa ses armes, il reprit le combat. La volonté de vaincre et la foi en lui-même, perdues en juin 1940, il les retrouvait intactes en août 1944. Nous sentions lâcher prise l'étreinte qui nous ligotait et la mort ignominieuse cessait de nous faire tête-à-tête.

Nous avions vu, il y a quatre ans, fondre sur nous des armées que tout le monde et elles-mêmes proclamaient invincibles. Leurs colonnes blindées fonçaient vers le Sud et balayaient nos défenses ; leur morgue foulait aux pieds la débandade des vaincus. Elles passaient avec des regards insultants de pitié pour les fugitifs que nous étions, avec des obligeances d'ogre qui s'offre ce raffinement d'être magnanime.

Durant quatre ans défilèrent dans nos rues des parades qui fêtaient toutes les étapes de notre défaite, flottèrent aux fenêtres de nos édifices des drapeaux qui nous jetaient aux yeux leur outrage. Des tams-tams de cannibales scandaient de leurs lourds battements ces lourdes marches triomphales.

Puis, les temps révolus, nous avons vu ces armées incomparables refluer, défaites et poursuivies, le long de ces mêmes routes qui les avaient vues progresser dans la gloire. Et les mêmes épaves qu'en 1940 y marquent la hâte éperdue commune à toutes les déroutes.

Nous avions connu, il y a quatre ans, le goût nouveau et abominable de l'humiliation, pis encore de la servitude. Sur notre propre sol, dans nos propres demeures, nous fûmes des intrus impatiemment tolérés que le caprice de l'occupant jette dehors à brûle-pourpoint. Les ordonnances tombaient de haut avec un total mépris des contingences, entremêlant les ordres et les interdictions. Elles étaient rédigées en une langue barbare où les mots ont un visage renfrogné, écrites en caractères aussi hérissés de pointes que des réseaux barbelés. Toute notre vie quotidienne passait inexorablement à cette filière ; nous étions à la merci de soudards enivrés de leur omnipotence qui disposaient qu'à dater de tel jour nous ferions ou ne ferions plus ceci ou cela. Comme à un bétail nous était laissée la seule alternative ou d'obéir ou d'être châtiés. Et l'ignoble vermine policière rôdait dans toutes nos entournures. Jamais nous n'avions conçu que notre pays pût devenir un tel bagne.

Mais, au bout de quatre ans, soudain s'élève et souffle en tempête un vent salubre qui disperse toutes les pestilences, nous restitue l'odeur authentique et attendrissante de notre terroir : la Liberté est là, devant nous, plus belle en son visage inchangé que nous ne l'avions jamais vue. Ce pays qui fut et demeure le sien, elle l'a repris sous sa garde. Les quatre ans de malédiction sont abolis ; le temps désormais peut reprendre son cours.

C'est à un tel prodige que nous venons d'assister !

***

Si considérables que soient ces événements, certains pourraient soutenir qu'ils sont strictement étrangers aux préoccupations d'un journal comme le nôtre et qu'ils ne le concernent pas. Il est cependant des conjonctures qui prennent sans conteste le pas sur toutes les autres et s'imposent à l'attention. Durant les jours que nous venons de vivre, je suis sûr que les médecins français ont senti qu'ils étaient essentiellement des Français et fortuitement des médecins. Pour ce journal qui prend à cœur de converser avec ses lecteurs, non de discourir, y avait-il, aujourd'hui un autre sujet de conversation admissible, et ces lecteurs eux-mêmes n'eussent-ils pas jugé indécent de trouver ici des considérations byzantines sur quelque problème professionnel alors que le présent et l'avenir du pays venaient de changer de face ?

Au reste un journal ressent autant qu'un être vivant (n'en est-il pas un en réalité ?) l'ivresse de la délivrance. Il se souvient qu'en septembre 1940 il avait dû, comme tous les organes imprimés diffusant une pensée dans le public, aller solliciter pour reparaître l'autorisation d'un bureau allemand aux Champs-Elysées. D'inconsistants sous-ordres y goû-

taient le plaisir nouveau de disposer à leur gré de la presse française. Il se souvient de la censure militaire et « occupante », plus hargneuse et plus obtuse encore, s'il est possible, que les autres. Vainement l'on supputait quel sens répréhensible elle avait donné à tel mot anodin, à telle phrase parfaitement neutre, biffés au crayon rouge. Il se souvient encore des conditions précaires faites aux journaux ; s'est-il, au long de ces quatre ans, passé un trimestre, un mois sans qu'ils fûssent plus ou moins sourdement menacés de disparaître ou frappés d'une restriction nouvelle ? C'était, avec une savante progression dans le maniement du nœud coulant, l'inexorable strangulation. Seule restait imprécisée la date du dernier coup de pouce. Lorsqu'on a vécu ainsi des années durant d'un filet d'air peu à peu amenuisé on saisit admirablement le sens du mot : oppression et les premières bouffées d'air libre ont un goût inoubliable. C'est par là qu'un journal participe à l'allégresse de la libération et que son cri de joie prend une résonance personnelle. Car il compte bien n'avoir plus à endurer de si rébutantes vexations dans une France libre.

***

Liberté ! Liberté chérie ! il n'est pas un point du monde où son nom éveille autant d'échos que chez nous. Nous le chantons avec le sentiment de saluer la patronne même du pays. Nous voici de nouveau dans un régime de liberté. C'est un privilège que nous savourons en gourmets au sortir de ces quatre ans de domination étrangère. C'est un honneur que nous ressentons avec un réel attendrissement et une entière clairvoyance : il est plein de périls et nous appelle à de grandes responsabilités. Il suffit en effet d'aimer la liberté pour elle-même, et non pour soi-même, pour apercevoir qu'elle ne signifie pas seulement des épanouissements et de l'exubérance. La liberté pour tous suppose en chacun une maîtrise de soi, une discipline intérieure qui a pour nom la tolérance. Le respect de la liberté des autres est le prix dont on paye sa propre liberté. En régime de liberté, tout dogmatisme est en rébellion contre l'Etat et attente à la sûreté publique. C'est un fait dont il importe de se souvenir dans un moment comme celui-ci où la liberté s'édifie sur les ruines d'une tyrannie. Certes, largeur d'esprit n'équivaut pas à imbécilité et tout régime se doit d'être ferme. Qu'il veille à sa sécurité rien de plus naturel. Mais ce n'est pas par des proscriptions que s'inaugure un régime de liberté. Epurer les services publics des indignes et des défaillants, prendre des sanctions contre des crimes ou des fautes, en somme sélectionner les personnes, d'accord. Mais sélectionner les idées et composer un « Credo » de la liberté hors duquel il n'est point de salut, halte-là. Ce serait offenser le mot magnifique et l'idée plus magnifique encore de liberté. Il est plus d'un chemin pour accéder à la vérité ; et même coexistent plusieurs vérités. Instituer une vérité d'Etat ce n'est plus de la liberté ; c'est même le premier souci de la tyrannie.

Si j'émets ces réflexions c'est qu'elles ne semblent pas superflues en ce moment. Un féroce appétit de revanche soulève de nombreux esprits qui rêvent de répondre à l'oppression par l'oppression, à l'arbitraire par l'arbitraire. Un régime totalitaire est mort ; au nom de la liberté ils veulent en édifier un autre, sans se soucier si les deux mots sont inconciliables. Ce n'est plus la liberté que de prendre systématiquement le contre-pied de ce qui fit la dictature, mais bien se laisser asservir par elle ; aller à rebours de quelqu'un c'est s'attacher à ses traces.

Qu'on annule d'un trait de plume tout ce qu'a fait Vichy en matière politique et administrative, rien de plus concevable. Restent toutes sortes de mesures qui ne portent en aucune façon sa marque et dont certaines ont été purement et simplement reprises de gouvernements précédents. A quoi bon abolir rageusement des organismes qu'il faudra remettre sur pied le lendemain sous l'empire des circonstances ? Changez le nom s'il vous déplaît ; laissez l'organe s'il s'avère utile.

Dans le domaine qui est le nôtre et où nous sommes en droit d'émettre un avis, niera-t-on que la réglementation de la médecine d'entreprise, certaines décisions concernant l'hygiène et l'urbanisme, les textes contre l'alcoolisme (non suivis d'effet, je l'avoue) méritent d'être sauvegardés et que le nouveau régime n'aventurerait aucunement son prestige en le faisant, au contraire.

L'ordre des médecins a été dissous par un décret paru à l'*Officiel* d'Alger. Soit ! la décision est prise, n'y revenons pas. Il n'en reste pas moins que l'institution du tableau, la juridiction professionnelle, la reconnaissance de la personnalité civile à la profession ont donné à celle-ci une cohésion et une place dans l'Etat qu'elle n'avait jamais possédés. Que ressuscitent les syndicats suivant les modalités de la loi de 1884 puisqu'ils sont dans la ligne du nouveau régime. Il est permis néanmoins de souhaiter à ces syndicats qu'ils recueillent un héritage où ils trouveront de précieuses armes pour la défense de la profession.

La France ne s'est pas, durant l'occupation, résumée à Vichy et le *Journal Officiel* de l'Etat Français dont nous avons maintes fois, ici, dénoncé la logomachie incohérente et contradictoire ne reflète pas, Dieu merci, toute la pensée française. De nombreux Français ont travaillé, tenté de mener à bien quelques réalisations et y sont parvenus. Vivre sous la botte est une dure condition, mais elle n'implique pas qu'on ne soit plus capable que de sottises ! Tout ce travail de bon aloi parce que mûri dans les longues méditations et dans l'attente de jours meilleurs, va-t-on le jeter à bas ? va-t-on aussi décréter que les années 1940-1944 sont nulles et non avenues et nous rajeunir de quatre ans d'un trait de plume ? Souvenons-nous que ce pays féru de liberté l'est tout autant de bon sens.

Il se trouve aujourd'hui dans un état pitoyable : blessé, ruiné, saccagé, et l'heure sonne, enfin ! d'œuvrer utilement et de nous mettre tous à son service. Je ne pense pas que, environnés de décombres comme nous le sommes, ce soit faire œuvre utile d'en amonceler d'autres encore. Faire table rase ? flanquer tout par terre ? et après ? Ne vaut-il pas mieux tirer parti de ce qui subsiste, même s'il n'est pas à notre goût, et faire tourner la machine au plus vite ? A l'épreuve nous connaîtrons ce qu'il faut changer, modifier ou conserver et nous prendrons nos décisions en connaissance de cause. Ce sera du temps gagné et nous n'aurons pas cédé à d'aveugles rancunes.

A nous de ne pas nous en laisser détourner. Veillons à ce que les visages de la République et de la Liberté demeurent purs en nos cœurs, afin de les retrouver tels une fois parvenus au but.

G. LAVALÉE.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LA MÉDECINE A LA RECHERCHE D'UN STATUT

L'Ordonnance du 9 août 1944, étendant à la France métropolitaine le décret du 18 octobre 1943, vient de mettre brutalement un terme à l'expérience corporative tentée dans le domaine médical par les lois successives du 7 octobre 1940 et du 10 septembre 1942. Cette expérience n'aura pas été inutile : elle aura montré que le corporatisme intégral, prétendant isoler une profession au sein de l'Etat, constitue une théorie dénuée de toutes racines dans le réel, incapable de vivre même dans le régime qui la plaçait au rang des doctrines officielles.

Mais il est une autre leçon, positive celle-la, qui nous vient des syndicats et que les ordres corporatifs de 1940 et 1942 n'ont fait que confirmer davantage encore : la médecine ne peut se passer, dans la société moderne, d'une organisation professionnelle capable de la représenter auprès des pouvoirs publics, de contracter en son nom et d'agir au bénéfice du corps médical tout entier.

Les membres médecins de la Résistance, responsables de leur profession, n'ont pas méconnu ce besoin et les dangers d'un interrègne, et avaient préparé dans la clandestinité, l'institution des Comités Médicaux de la Résistance, qui ont pris aujourd'hui la place des Conseils de l'Ordre dans la plupart des départements.

Si les personnalités, qui composent ces Comités, ont, le plus souvent, de par leur activité patriotique et leurs titres professionnels, la confiance et l'estime de leurs confrères, il n'en est pas moins certain que les Comités eux-mêmes, en tant qu'institution, ne possèdent actuellement qu'une existence de pur fait, et mettent délibérément en vacance la légalité, ainsi qu'il en va nécessairement à l'origine même de toute révolution. Mais la saison des vacances approche de sa fin et la situation actuelle ne saurait se prolonger de manière durable sans de graves inconvénients.

Le rétablissement des syndicats

La solution, immédiate et définitive tout à la fois, beaucoup crurent l'avoir trouvée dans le retour aux syndicats de 1939. Leur dissolution, l'interdiction d'en fonder de nouveaux, n'étaient-elles point purement et simplement abrogées avec les lois de 1940 et de 1942 qui les avaient édictées ? Et, puisqu'il faut une base légale à l'action professionnelle, cette base ne pouvait-elle être trouvée dans la vieille loi de 1884 rajeunie par l'ordonnance du 27 juillet 1944 rétablissant dans toutes les professions la liberté syndicale ?

Cette thèse se renforça encore le jour où l'on connut l'ordonnance en date du 27 août 1944 appliquant aux professions médicales et para-médicales les principes de l'ordonnance précédente. Par une curieuse anomalie, qu'explique aisément la position prise par la Résistance médicale dont nous parlerons plus bas, cette ordonnance, publiée à Alger, n'a pas encore paru à l'*Officiel* de Paris. Elle n'est donc pas encore applicable ni appliquée aux syndicats médicaux.

Il n'est cependant pas sans intérêt que nous en indiquions le mécanisme, puisqu'il faudra y recourir un jour, à moins que la reconstitution des syndicats ne suivent les méthodes de fait dont les Comités de Résistance ont déjà montré ce qu'elles avaient tout à la fois de simple et d'efficace.

Le principe est que les syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins existants au 16 juin 1940 sont rétablis dans les droits et attributions qu'ils possédaient à la date de leur dissolution. Les membres des bureaux en exercice au 16 juin 1940, sont également rétablis dans leurs fonctions et mandats.

Toutefois ces bureaux ne peuvent reprendre leur activité que sur décision de Commissions Départementales ou Nationales de Reconstitution nommées par décret sur le plan national et par arrêté ministériel sur proposition du Préfet, sur le plan départemental. Elles ont pour but essentiel de procéder, au sein des bureaux, à une double épuration : civique tout d'abord, professionnelle en second lieu. Si les vacances au sein d'un bureau, par suite tant de l'épuration que des décès ou des démissions, dépassent la moitié des membres, la Commission a pour charge de nommer une Commission provisoire de gestion. De toutes manières, bureaux reconstitués ou commissions de gestion doivent faire procéder aussitôt que possible à la réunion de l'Assemblée générale.

Soucieuses d'observer la légalité républicaine, certaines fédérations syndicales importantes ont demandé au Ministre de bien vouloir nommer les Commissions de reconstitution ainsi prévues. A notre connaissance, il ne leur fut accordé aucune réponse. La Résistance médicale avait en effet ses projets. Avant de les exposer, il nous faut tout d'abord donner une idée complète du régime qu'Alger comptait substituer à l'ordre de Vichy.

L'Ordre d'Alger

Le 18 octobre 1943, un décret supprimait en effet l'Ordre des Médecins fondé sur la loi de 1942. Alger ne se bornait pas à cette mesure négative. Une ordonnance de la même date donnait à la profession une organisation nouvelle. Mais cette ordonnance n'a pas joui de la même mesure d'extension que le décret : elle conserve son caractère indigène et n'est pas encore applicable au territoire français. Elle mérite cependant d'être étudiée car elle constitue une solution positive, s'inspirant au reste fortement du projet Gadaud voté par les Chambres en 1939. Enfin, certains textes d'application ont déjà paru à l'*Officiel* de Paris. Tout permet donc de penser que le texte définitif, lorsqu'il sera enfin possible politiquement de le bâtir, tiendra largement compte de l'ordonnance d'Alger.

L'idée essentielle de l'ordonnance est de créer, à côté des syndicats fonctionnant librement dans le cadre du droit commun, un Ordre des Médecins ayant des attributions *purement juridictionnelles*. Cet Ordre diffère de celui de Vichy en ce qu'il est dépourvu de toutes attributions corporatives. Celles-ci reviennent évidemment aux syndicats et à eux seuls.

La juridiction de première instance est constituée par des *Conseils de Discipline Interdépartementaux* composés uniquement de médecins. Leurs décisions sont susceptibles d'appel devant une *Chambre Régionale* instituée dans le ressort de chaque Cour d'Appel. Cette Chambre comporte trois conseillers à la Cour dont un Président avec voix prépondérante, et trois

médecins. Ceux-ci se trouvent ainsi en minorité, grave défaut qui, on le sait, avait suffi autrefois à faire avorter tous les projets similaires. Enfin un recours est ouvert devant la Cour de Cassation dans les conditions du droit commun.

L'orientation de cet Ordre nouveau est donc très différente de l'Ordre ancienne manière, qui apparaissait comme un démembrement de l'Administration et dont les décisions relevaient en dernier ressort du Conseil d'Etat. Nous restons ici dans le domaine du droit privé et la déontologie ne court plus le risque de se transformer en règlement ou en décret. Les libertés médicales peuvent être plus sûrement sauvegardée. Par ailleurs, il est à remarquer que l'Ordre ne connaît point de Conseil ou d'organisme national. Ainsi se trouve éliminé le danger d'une opposition possible entre ce Conseil et l'organisme syndical central qui jouira de la sorte de sa pleine capacité représentative.

L'Ordre d'Alger comprend enfin un dernier organe : le *Conseil Départemental de l'Ordre* ; malgré son homonymie, ce Conseil a peu de choses de commun avec les anciens Conseils de l'Ordre. Il joue, dans le cadre du département, le rôle d'un *ministère public*. Il a en effet la garde de l'honneur et de l'indépendance de la *profession* et *veille*, à ce titre, à ce que l'exercice de la médecine ait lieu dans son ressort selon les règles requises de morale, de probité et de dévouement. Il défère aux Conseils de Discipline les médecins manquant à ces règles. D'autre part, la charge de dresser le tableau lui incombe, il décide des inscriptions sauf recours devant la Chambre Régionale. Mais il n'est doté d'aucun pouvoir représentatif ou corporatif, sauf dans les domaines de l'assistance et de l'entraide.

Elu librement, il délègue son Président et un de ses membres pour former les Conseils de Discipline Interdépartementaux.

Quelques soins qu'on ait pris pour les éviter, des points de friction sont cependant à prévoir entre ces Conseils et les Syndicats : tous deux ont pour mission de défendre l'indépendance de la profession. Il est vrai qu'ils le font sur deux plans différents.

Le projet de la Résistance

L'ordonnance d'Alger contient, certes, d'utiles mesures. Elle soulève également des critiques. Il en va de même du rétablissement pur et simple des Syndicats de 1939. Certes, ce rétablissement a l'inappréciable avantage de renouer le fil de la légalité républicaine. Mais la Résistance médicale estime que le Corps médical doit lui aussi faire sa révolution, ou tout au moins son évolution et qu'il n'est pas souhaitable ni même possible de revenir purement et simplement au *statu quo ante*. Désireuse, par ailleurs, de laisser aux médecins le soin de choisir eux-mêmes leur nouveau régime, elle estime que le moment n'est pas encore venu de bâtir, dans la guerre et le provisoire, un régime définitif, et qu'il est préférable de donner, jusqu'à la paix, un statut légal et une organisation plus poussée aux Comités de fait qui se sont actuellement chargés de gérer les intérêts de la profession. Ce statut doit être publié incessamment à l'*Officiel*.

En voici brièvement le schéma : au sommet, comme animateur de l'ensemble, se trouve le Comité Médical de la Résistance. Ce Comité apparaît avant tout comme le lien unissant la profession au régime nouveau, comme aussi un réservoir d'hommes politiquement sûrs et dévoués. Il n'intervient pas directement dans la vie professionnelle, mais nomme par cooptation, soit en son sein, soit hors de son sein les membres du Conseil National et du Conseil de Famille National qui se substituent avec des attributions analogues à l'ancien Conseil du même nom, et à la Chambre de Discipline de l'ancien Ordre de Vichy.

Sur le plan départemental, nous rencontrons de même un organisme politique : le Comité Médical Départemental. Ce Comité a pour rôle essentiel de nommer un Conseil Départemental des Médecins (en place de l'ancien Conseil Collégial et avec les mêmes attributions) et un Conseil de Famille, image réduite à l'échelle départementale de l'ancien Conseil Régional de l'Ordre. Ce Conseil, à caractère juridictionnel, est investi d'une double mission d'épuration : épuration civique tout d'abord fondée sur les lois relatives à l'indignité nationale ; épuration professionnelle en second lieu afin d'éliminer du tableau les médecins ayant failli aux règles d'honneur et de probité dans l'exercice de leur art.

Solutions immédiates et solutions d'avenir

Sans méconnaître la nécessité d'un régime provisoire, nous ne pouvons cacher que la solution adoptée appelle de nombreuses critiques. Les médecins, on le sait, aiment à choisir leurs représentants et il est à tout le moins curieux qu'on leur dénie ce droit sous le régime actuel, alors que Vichy, contre sa doctrine même, le leur avait reconnu. De toutes manières, il eut été préférable de s'inspirer de l'exemple de l'Assemblée consultative, et de nommer ès qualité dans les Conseils médicaux, avec des représentants de la Résistance, d'anciens dirigeants syndicalistes ou d'anciens membres des Conseils de l'Ordre dont la pureté patriotique n'aurait pu être mise en doute.

Enfin, il serait souhaitable de ne point continuer actuellement l'erreur du corporatisme obligatoire. Les Conseils Départementaux devraient borner leur activité au rôle administratif (tableau, répartitions, roulage, etc.) et au rôle de censeur que la loi d'Alger a prévu. Quant à la représentation des intérêts professionnels, elle revient de droit aux libres syndicats médicaux. Notons que si l'on doit éviter à juste titre une reconstitution opérée en marge de l'ordonnance et par conséquent dans l'illégalité, rien n'interdit, tout permet au contraire de créer actuellement de nouveaux syndicats, dans le cadre de la plus absolue légalité républicaine et sous le régime du Livre III du Code du Travail (1). Il appartient donc aujourd'hui aux médecins de montrer qu'ils sont dignes de la liberté retrouvée, et qu'ils ont atteint une majorité suffisante pour gérer eux-mêmes, dans le souci de l'intérêt national, leur propre profession.

Est-il possible maintenant d'ébaucher le régime définitif de l'avenir ? Nous croyons, en tout cas, que son esprit, ses grandes lignes s'inscrivent déjà dans les faits. Beaucoup, dans la Résistance, ne sont point partisans des Syndicats auxquels l'on reproche de se limiter par trop à la défense des intérêts matériels et d'être ainsi dépourvus de l'ampleur de vue et de l'autorité morale que doit posséder l'organe représentatif d'une aussi noble profession que la médecine. Les objecteurs se déclarent favorables à la reconstitution

(1) Ceci résulte notamment de l'art. 1er et 2 de l'ordonnance du 27 juillet 1944 sur le rétablissement de la liberté syndicale.

d'un Ordre — car le mot leur plaît par ce qu'il implique de prestige et de dignité.

D'un autre côté, certains anciens dirigeants syndicalistes ont apprécié, en tant que conseillers de l'Ordre, la force que donne le groupement unique et obligatoire. Ils craignent que le retour à la liberté syndicale se traduise en fait par la pluralité des groupements, la division, l'abstentionisme et la vanité d'une discipline à laquelle une simple démission permet d'échapper. Ceux-là préconisent le syndicat obligatoire, ce qui entraîne *ipso facto* un régime syndical d'exception pour la profession médicale.

A notre sens le régime futur doit tenir compte de ces divers points de vue qui ne sont point inconciliables, sans renoncer pour cela à la liberté syndicale qui fait partie intégrante de notre régime politique.

Il suffit de distinguer deux plans bien distincts dans le domaine médical et de donner à chacun d'eux l'organisation qui lui convient : le plan de l'*économie sociale* et le plan *spirituel et moral.*

En une période d'économie dirigée, l'économie médicale doit plus que jamais être prise en mains par un organisme responsable et cet organisme est tout naturellement le *syndicat*, qui poursuit là non pas d'ailleurs la défense d'un pur égoïsme professionnel, mais bien une tâche d'*intérêt public* qui est l'*organisation de la médecine*. La liberté, la pluralité syndicales ne sont point à redouter par les partisans de l'Ordre, dès lors qu'on applique la règle dus yndicat le plus représentatif, et que la loi donne audit syndicat le pouvoir de représenter la profession tout entière et de conclure en son nom des conventions collectives susceptibles de poser des règles tout à la fois générales et obligatoires. On sait que ce régime fonctionne déjà en matière d'assurances sociales et qu'il serait facile de l'étendre au domaine mutualiste tout entier.

Si la liberté syndicale offre ainsi peu d'inconvénient, elle a par contre l'immense avantage d'éviter que les Syndicats ne se transforment en une administration somnolente, tyrannique et bureaucratique. Le champ reste ouvert aux initiatives et la vie subsiste dans un corps qui peut constamment se renouveler.

Enfin, la liberté syndicale permet d'éviter les constructions rigides et géométriques dont on nous a abreuvés depuis quatre ans. Les médecins peuvent construire leur organisation « sur mesure », d'une manière souple et diversifiée, se grouper non seulement sur le plan local, mais encore par spécialités scientifiques ou professionnelles (médecin-contrôleur, médecin du travail, etc.).

Dans cette vie professionnelle infiniment variée et changeante, l'Ordre apporterait le lien d'une unité spirituelle et morale et garantirait sa permanence. Car, avant d'être institution, l'Ordre est avant tout fait de la commune attitude mentale des médecins, quelle que soit leur condition économique et administrative, devant l'acte médical et l'homme qui en reste la véritable fin.

C'est pourquoi, au reste, tous les médecins en font *ipso facto* partie, dès lors qu'ils en respectent l'esprit. L'institution de l'Ordre doit donner à cet esprit son corps et ses organes, sans porter atteinte à son être même. Elle doit donc ne point donner dans ces Conseils la prépondérance à des éléments étrangers à la médecine et ne point concevoir l'Ordre comme le moyen de plier une profession à des fins purement économiques, politiques ou sociales. Les médecins, dans leur grande majorité, ont montré dans la Résistance qu'ils avaient une haute conscience de leurs devoirs civiques et se sont souvenus qu'ils faisaient corps avec le pays. En veillant à l'indépendance de la médecine, l'Ordre fera que la profession méritera tout à la fois la confiance de l'homme et celle de la nation.

Jean MIGNON.

NÉCESSITÉ DE CENTRES DE RÉADAPTATION DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Par Robert FROYEZ, de Berck

Il n'est question, depuis quelque temps, que d'organiser de nouveau la lutte contre la tuberculose.

Du fait des circonstances tragiques que nous traversons aujourd'hui, ce problème doit recevoir d'urgence des solutions pratiques.

Actuellement la lutte est commencée et le dépistage est au point, qui permet de reconnaître de nombreux cas dès leur début, à la période où un traitement énergique et bien conduit a toute chance de guérir le malade assez rapidement et définitivement, lui rendant dans le minimum de temps sa valeur sociale.

Malheureusement, aujourd'hui, c'est le deuxième point qui est le plus difficile à réaliser : le traitement doit, en effet, tendre vers deux buts, guérir la maladie, prévenir sa diffusion. Ces deux buts seront atteints lorsque le malade sera traité en sanatorium où les soins lui seront donnés dans les meilleures conditions possibles par un personnel particulièrement spécialisé, et où la contagion familiale sera évitée.

Mais l'intervalle qui sépare la première constatation de l'affection et le départ du malade pour le sanatorium, déjà trop long avant guerre, est actuellement, du fait de la rareté des lits, tel qu'un malade curable au moment de la demande de placement est au-dessus de toute ressource thérapeutique lorsqu'il reçoit son admission.

Ne pouvant à l'heure actuelle libérer les anciens établissements ni en ouvrir de nouveaux, nous devons trouver une autre solution ; elle consiste à hospitaliser les tuberculeux dans un hôpital de médecine générale, où, dans un service spécialisé, ils reçoivent les soins que nécessitent leur état. Mais déjà le départ pour cet hôpital est moins facilement accepté par le malade et sa famille, que le départ pour le sanatorium, l'argument climatique ne pouvant jouer dans ce cas.

Cette hospitalisation permettra de commencer les pneumothorax, de suivre de façon très précise les malades, de pouvoir pratiquer de fréquents contrôles radioscopiques et bactériologiques. En outre, la séparation du malade sera réalisée comme en sanatorium.

Malgré ces avantages, ce mode de traitement n'est qu'un pis aller et présente de nombreux inconvénients : si le plan de certains établissements se prête à l'isolement du service des tuberculeux, dans bien des cas rien n'est réalisable dans ce sens et l'on doit se contenter pour eux de salles sans galeries de cure, communiquant largement avec les autres services et, parfois même, ayant des dépendances communes.

Non seulement les locaux ne sont pas adaptés à ce genre de malades, mais les règlements intérieurs sont rédigés pour des sujets atteints d'affections aiguës, et leur discipline très stricte s'accommode mal des séjours prolongés qu'exige le traitement de la tuberculose.

Enfin, très rapidement, les salles seront trop étroites pour ces malades qui devraient être hospitalisés de longs mois, et le médecin harcelé de demandes d'admission, afin de rendre quelques lits disponibles, laissera partir ses malades plus tôt qu'il ne le désirerait.

Toutes ces raisons, aboutissent au départ trop rapide des malades et à leur retour trop précoce au sein de leur famille.

A ce moment que vont devenir les malades ? Dans l'hypothèse la plus heureuse, le pneumothorax a réussi, la lésion est en sommeil, la température est normale, l'expectoration tarie, mais il ne s'est écoulé que trois à six mois, parfois même moins, depuis le début du traitement, c'est encore la période dangereuse des complications, des rechutes, des extensions possibles.

Une fois chez lui, le malade viendra régulièrement se faire insuffler au dispensaire ou chez un phtisiologue, mais s'il observe pendant les premières semaines, la discipline qu'on lui aura conseillée, très rapidement, celle-ci se relâchera et après un ou deux mois de vie familiale, le tuberculeux aura oublié la signification du mot « cure ».

Le séjour trop court à l'hôpital n'aura pas suffisamment inculqué la discipline nécessaire, ni appris l'utilisation des longues heures de repos. Toutes ces infractions se payent par des reprises de température, la réapparition des crachats, des complications locales ou générales, et tous les efforts pratiqués jusque-là seront annihilés en quelques semaines, le malade ne guérira plus et, redevenu contagieux, contaminera largement les siens.

Si le traitement a échoué, que ce soit à l'hôpital ou en sanatorium, le malade encombre un lit qui serait plus utilement occupé par un tuberculeux curable. Aussi, le plus souvent, arrivé à ce stade ultime de lésions *cavitaires bilatérales*, compliquées parfois d'entérite ou de laryngite, le malade est-il rendu à sa famille. A quoi sert alors de si bien dépister la tuberculose, d'essayer d'en limiter le mal, si l'on renvoie chez eux les malades au moment où ils sont le plus contagieux ?

C'est pourquoi, dans la lutte contre la tuberculose, deux points nous semblent particulièrement importants pour la rendre efficace : *le Centre de convalescence ou de réadaptation*, l'*Hôpital de tuberculeux*.

***

Le *Centre de convalescence* serait peut-être l'organisme le plus important, intermédiaire entre le sanatorium ou l'hôpital et le retour à la vie.

Cet établissement, situé au bon air, loin des villes, alors que le traitement aura pu être commencé dans des hôpitaux urbains, ne comprendrait que des salles d'insufflation et de radioscopie ; toutes les autres interventions (ponctions pleurales, sections de brides, tomographies, etc.) seraient pratiquées à l'hôpital ou au sanatorium de rattachement. Les crachats pourraient également y être envoyés en vue d'analyse. C'est dire qu'à ce centre dont les services généraux seront moins étendus et le personnel moins nombreux et moins spécialisé, le prix de journée sera moins élevé qu'au sanatorium ou à l'hôpital.

Le malade surveillé de très près y passerait au moins la dangereuse première année de traitement et, à la moindre alerte, tout serait mis en œuvre pour dépister la complication, la rechute ou l'extension et pallier immédiatement à toute éventualité. Il s'y entraînera progressivement à la discipline nécessaire et en quittant le centre, la cure sera suivie exactement et sans effort. Enfin, le malade se réadaptera à la vie, sans être obligé du jour au lendemain de se heurter aux difficultés de la lutte pour le pain quotidien. Il reprendra peu à peu une activité sociale dosée selon ses forces ; véritable centre d'apprentissage ou de rééducation, le tuberculeux y réapprendrait un métier s'il lui fallait quitter le sien. Si bien que le jour où il retournerait chez lui, il serait certainement consolidé du point de vue médical et pourrait reprendre sa place à son foyer.

La famille du tuberculeux trouverait également avantage à cet organisme. A l'abri des rechutes fréquentes chez un malade trop tôt rendu aux siens, les contaminations familiales seraient à peu près supprimée primées. Ayant repris le goût et l'habitude du travail, sachant utiliser au mieux même ses heures de cure, il ne serait plus l'être inutile donnant le dangereux exemple de l'oisiveté et qu'il faut nourrir à ne rien faire.

La société enfin y gagnerait : l'établissement, comme nous l'avons déjà dit, lui coûtera moins cher que l'hôpital ou le sanatorium. Les pensionnaires par leurs travaux pourront soit participer en partie au prix de journée, soit aider les services généraux de l'établissement (comptabilité, lingerie, cuisine, électricité, menuiserie, jardinage, etc.). Enfin et surtout, le tuberculeux, sachant qu'il peut et qu'il doit travailler, qu'il peut et qu'il doit tenir son rang dans la société, ne sera plus le parasite que l'on voyait jusqu'à présent persuadé que la collectivité devait l'entretenir à ne rien faire. Il faut que le malade sorte de cet établissement convaincu moralement et physiquement que traitement et travail rationnel ne sont pas incompatibles et que la guérison d'un foyer de tuberculose est une chose fréquente et réelle. On ne comprend pas à l'heure actuelle que certaines administrations opposent un veto absolu aux candidats ayant présenté un foyer quelconque de tuberculose, et si l'on veut que le malade ait confiance en sa guérison, il faudrait commencer par réformer ces décisions administratives.

***

L'*hôpital de tuberculeux*, au contraire, accueillerait les incurables. Egalement placé au grand air, il serait, comme le centre de réadaptation, de prix de revient peu élevé du fait de traitements moins onéreux et de personnel moins spécialisé. Les tuberculeux y trouveraient le repos, le bon air, l'alimentation abondante et saine, qui leur permettraient de survivre dans les meilleures conditions possibles de longs mois et peut-être même, dans certains cas, de s'améliorer au point que l'on pourrait tenter chez quelques-uns un traitement plus actif. La discipline y serait en rapport avec ce genre de malades (régime de visites, de sorties, peut-être même de permissions, autorisation de recevoir des colis alimentaires, bibliothèques, séances récréatives, etc.). Les malades accepteraient alors facilement les séjours prolongés dans cet établissement et nous verrions ainsi résolu le second problème, le plus important au point de vue social et prophylactique, l'isolement du tuberculeux contagieux, cet organisme évitant les retours dramatiques des tuberculeux incurables au milieu des leurs, détruisant en quelques semaines les efforts d'années de dépistage et de traitement.

ECHOS & COMMENTAIRES

De la résistance au pouvoir. — Réunion politique. — Réunion nationale. — Les malheurs de la « légalité républicaine ». — L'ordre se survivra-t-il à lui-meme. — Que deviennent les biens des Syndicats dissous. — Et si nous parlions des assurances sociales.

L'insurrection parisienne bat son plein. Rue de Tilsitt des balles viennent s'égarer dans les respectables salons ministériels, et laissent sur les glaces des étoiles en souvenir. Cependant, à la porte se présente une troupe jeune et turbulente conduite par un homme vénérable, n'ayant apparemment rien du maquisard déjà légendaire, bien que sortant lui aussi d'un parisien maquis. Le chef du Service de Santé de la Résistance, M. Pasteur Vallery-Radot et son adjoint immédiat, le sympathique Dr Milliez, viennent constituer avec leur équipe le Secrétariat provisoire à la Santé publique, sous l'œil étonné mais confiant des rares fonctionnaires restés à leur poste.

Dans le même temps, des scènes analogues se déroulent sur les autres théâtres d'opérations médicaux. Avec la plus grande obligeance, M. Portes remet clés et pouvoirs aux représentants du Comité médical de la Résistance, MM. Rouquès et Descomps, lesquels maintiennent le trésorier dans ses fonctions, afin d'assurer des secours immédiats et massifs aux sinistrés.

Ainsi qu'on s'y attendait, le Conseil départemental de la Seine se mue ou à peu près en Comité départemental de la Résistance, tout en conservant président et secrétaire général, qui avaient su s'assurer dans leurs anciennes et difficiles fonctions, auprès de leurs nombreux ressortissants une incontestable popularité.

Au reste, Comité départemental, Comité national, Ministère même, ne forment pas encore des corps constitués. Nés tous trois de la Résistance médicale, ils n'ont pas, les uns à l'égard des autres, de bien nettes frontières. Il est d'ailleurs naturel que dans cette période de genèse chaotique rien n'ait encore pu cristalliser, et que les hommes et l'esprit comptent plus que la fonction. D'éminents membres de la Résistance médicale, MM. R. Debré et Justin Besançon par exemple, jouent un rôle d'animateurs auquel aucune étiquette définie ne peut cependant s'attacher. Puisse cette communion de la période héroïque se perpétuer dans l'avenir entre les grands corps médicaux !

Dans le même temps, la province connaît des prises de pouvoir analogues, et la plupart des départements se voient dotés à leur tour d'un Comité médical provisoire.

Mais que devient, dans tout cela, la légalité républicaine impatiente de reprendre ses droits ? Elle est présente au moins sous un aspect négatif : un décret du 18 octobre 1943, publié au *J.O.* de Paris du 10 août 1944, avait supprimé l'Ordre des Médecins et abrogé la loi du 10 septembre 1942.



Rendu à sa profession, après avoir soigné les insurgés parisiens et sacrifié à l'enthousiasme des premiers jours, le médecin

redevenu le praticien soucieux de la vie quotidienne, ne manque point de se demander sous quel régime nouveau il va devoir exercer. La Résistance médicale organise à point nommé deux conférences successives où il espère connaître l'avenir qui l'attend.

La première se tient à la Faculté de Médecine. M. TIFFENEAU préside, entouré de professeurs éminents, membres du Comité médical du Front national et des principaux dirigeants de l'insurrection parisienne. Un ministre dont la présence est garantie, constitue le clou de la réunion. Une déception, hélas ! attend l'auditeur : ce ministre n'est point M. BILLOUX dont un remaniement ministériel récent vient de doter la Santé ; c'est M. Charles TILLON. Cette déception professionnelle est, au reste, compensée par l'intérêt que ne peut manquer de prendre le citoyen au récit vécu et vibrant des journées encore toutes proches de la libération de la Capitale dont on lui dévoile les ressorts politiques inaperçus jusqu'alors. Chacun sait au reste la communauté de doctrine unissant MM. TILLON et BILLOUX et l'on n'ignore pas non plus que selon l'adage bien connu, l'Air c'est aussi la Santé ! Le médecin cependant, de cette conférence dédiée à la gloire des F.F.I., ne sort pas complètement bredouille : il apprend curieusement par la bouche du secrétaire du C.O.M.A.C. qu'il va falloir modifier ses anciennes habitudes professionnelles, servir la nation qui a besoin d'hommes aux corps vigoureux, et soigner aussi bien les insolvables que les malades aisés, coutume qu'il adoptera d'autant plus facilement qu'il l'a toujours eue.



Convié quelque temps après au grand amphithéâtre de la Sorbonne notre médecin parisien assiste alors la joie au cœur, à une manifestation nationale d'une très haute tenue. L'amphithéâtre est comble, et vibre au premier mot qui l'effleure. DUHAMEL, assisté de MAURIAC, dirige l'Assemblée, au centre d'une table où se remarquent entre autres les trois ministres dont dépendent la médecine : vous voulons dire la Santé (M. BILLOUX), le Travail (M. PARODI) et l'Education Nationale (M. CAPITANT). Mais M. BILLOUX, comme ses confrères en excellence, reste hélas ! désespérément muet. Le Corps médical rend tout d'abord un éloquent hommage à ses morts victimes de l'occupation allemande. L'Empire français est présent en la personne du médecin-général SICÉ. En un passionnant tableau d'histoire, il retrace la vie de la médecine coloniale française, de l'A.E.F. à la Syrie, dans le double domaine de l'action et de la science, durant ces quatre années qui furent pour ceux de la métropole une trop longue éclipse. Avec la fougue d'un jeune enthousiasme, le Dr MILLIEZ fait revivre la dure période d'action clandestine qui permit de mettre sur pied à Paris d'abord, en province ensuite, le Service de santé de la Résistance, cette résistance qui n'entend pas se fermer sur elle-même, mais ouvre ses bras à tous les médecins de bonne volonté. Enfin, M. Pasteur VALLÉRY-RADOT, chef incontesté de cette Résistance médicale, élève le débat ; il demande aux médecins de ne pas oublier ce lien dont ils ont ressenti la ferme et consolante présence au long de ces mois tragiques, entre eux-mêmes et la nation.



Mais sur le plan de l'organisation professionnelle, nous n'avons pas avancé d'un pas. Cet interrègne ne saurait se prolonger, ni se satisfaire d'un gouvernement de fait. Les anciens augures. nous voulons dire par là les dirigeants des

anciens syndicats et les membres non contestés des défunts Conseils de l'Ordre, commencent à s'inquiéter et à se réunir. Nombreux sont ceux qui, tout en rendant hommage au civisme dont ont fait preuve les médecins résistants, s'étonnent que l'on ait confié les intérêts de la profession à des personnalités sans mandat et qui se sont nommées elles-mêmes aux postes qu'elles occupent. Des échanges de vues s'établissent quant au régime professionnel optimum. Certains souhaitent un Ordre, le nom les flattant. La majorité demande le rétablissement des syndicats ; mais seront-ils libres ou obligatoires ?

La discussion semble perdre tout objet lorsque filtre dans ces réunions l'information relative à l'ordonnance d'Alger du 18 octobre 1943 instituant un Ordre des Médecins à caractère strictement juridictionnel, et à l'ordonnance du 27 août 1944 rétablissant les syndicats médicaux. Bien évidemment lesdits syndicats suivront le sort commun et agiront dans le cadre de la liberté syndicale qui vient de renaître sur le plan général. Déjà Fédérations et Conseils s'agitent et s'apprêtent à reprendre le pouvoir. Seule la Confédération reste dans l'expectative, par suite du manque de communication avec la province.

Hélas ! cet espoir de renouer avec la légalité et l'action de 1939 est rapidement déçu. La Résistance médicale s'oppose à la mise en application de l'ordonnance du 27 août, dont seuls les pharmaciens ont le privilège. Les demandes de reconstitution régulièrement présentées par les dirigeants syndicalistes au ministre de la Santé ne sont même pas honorées d'une réponse.



La Résistance médicale a en effet ses projets. Assez peu respectueuse de la légalité républicaine, elle parait avant tout redouter ce qui pourrait faire croire à un retour pur et simple au régime d'avant-guerre. C'est pourquoi le rétablissement des syndicats de 1939 ne leur semble pas actuellement opportun. La médecine, comme l'ensemble de la société, se trouve placée en face de problèmes nouveaux. Il leur faut accentuer notablement son caractère de service public, de service social. Une organisation nouvelle est à prévoir, que le corps médical et la nation choisiront librement lorsque les circonstances permettront un retour à la vie politique normale. Actuellement les comités médicaux de la libération continueront à gérer les intérêts de la profession à titre provisoire ; une base légale leur sera au reste donnée prochainement, et la délicate tâche de l'épuration civique et professionnelle leur sera confiée.

Autant l'on doit approuver ce souci de remettre à des temps plus calmes le soin de bâtir le statut définitif de la médecine, autant par contre la solution provisoire adoptée paraît peu heureuse. Une ordonnance nouvelle donnera peut-être aux Comités actuels un caractère « légal », elle ne pourra certainement pas leur attribuer le caractère « républicain ».

Chaussant purement et simplement les bottes de l'Ordre de Vichy, lesdits Comités ont tous les aspects d'une corporation obligatoire. Ils ont en moins la capacité représentative que les anciens Conseils tenaient des élections qui les avaient formés. La IVe République va-t-elle paradoxalement inaugurer son action dans le domaine médical en abrogeant les libertés démocratiques que l'on avait pu arracher à grand peine au régime de Vichy ?

Il est en tous cas une liberté précieuse que la législation nouvelle apporte aux médecins comme à tous les citoyens : c'est la *liberté syndicale*. Qu'on ne rétablisse pas *ipso facto* les syndicats passés, soit. A situation nouvelle il faut des organismes neufs. Mais un nouveau *syndicalisme* médical, conscient de ses devoirs et de ses responsabilité sociales peut et doit naître pour prendre aux côtés des Comités de libération, dans l'organisation de la médecine, la place que lui seul peut tenir si l'on veut réellement que tous les médecins apportent leur contribution sans réserve à l'effort national.



Il est cependant un legs du passé que les nouveaux Syndicats ne refuseraient certainement pas : c'est l'actif de leurs prédécesseurs confisqué par l'Ordre de Vichy. Actuellement cet actif est entre les mains des Comités de Libération. L'art. 17 de l'ordonnance sur le rétablissement des anciens Syndicats prévoyait sa restitution à ses propriétaires d'origine. L'opposition faite par la Résistance médicale à l'application de cette ordonnance ne doit pas pouvoir être attribuée notamment au désir de conserver ce qui est non seulement le nerf de la guerre, mais aussi celui de la politique. La solution serait évidemment de remettre ces biens aux nouveaux Syndicats. Ainsi retrouveraient-ils leur destination normale et conforme aux volontés des praticiens.



Un texte récent vient de porter à 60.000 francs le plafond pour l'assujettissement obligatoire aux assurances sociales. Ceci nous rappelle heureusement que les problèmes de la médecine sociale ne se posent pas seulement en termes théoriques et qu'ils appellent des solutions immédiates.

Nous nous sommes laissés dire par ailleurs que le nouveau directeur des assurances sociales au Ministère du Travail vient de constater en prenant son poste un déficit de plusieurs milliards, auquel la fameuse retraite des vieux travailleurs, et aussi les départs des ouvriers en Allemagne, ne seraient pas entièrement étrangers.

Des solutions héroïques seraient à l'étude pour redresser la situation. On envisagerait en particulier d'augmenter si faire se peut les cotisations, de supprimer la couverture des petits risques en matière d'assurance-maladie et de diminuer les dépenses de nature médicale.

Il n'est pas besoin de dire que la vieille question des « tarifs opposables » risque en cette occasion de reprendre un régime d'actualité. Aussi nous paraît-il nécessaire que les affaires médicales ne soient pas uniquement gérées par des hommes sans mandat. Il serait difficile en effet de classer de tels problèmes sous la rubrique anodine des « affaires courantes ».

CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

ASSURANCES SOCIALES.

1.781. — **Honoraires du médecin en cas d'accouchement simple.**

Le soir du 5 avril, mon remplaçant fut appelé par une de mes clientes, assurée sociale, pour l'accoucher.

Après l'avoir examinée, il prit la décision de se faire assister d'une sage-femme.

Il en fit part à la famille et il alla lui-même, en automobile, chercher la sage-femme.

Ils pratiquèrent ensemble l'accouchement qui se termina le 6 avril, vers 3 heures, sans complication.

Mon remplaçant me mit au courant de ces faits au moment de partir. Le lendemain je me suis aperçu qu'il avait oublié de remplir la feuille assurance-maternité en ce qui concerne l'acte-accouchement.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner l'avis autorisé de notre conseiller juridique et me répondre sur chacun des points précis suivants :

1° Suis-je responsable de la décision prise par mon remplaçant, en demandant l'assistance d'une sage-femme ?

2° Qui doit honorer la sage-femme :

a) Celui qui l'a demandée,

b) Ou l'intéressée (l'accouchée) assurée sociale ?

3° Quels sont, dans le cas présent :

a) Les honoraires du médecin (tarif corporatif spécial aux assurés sociaux, tarif global maternité, accouchement normal) ?

b) Les honoraires de la sage-femme ?

Je précise deux points :

a) Il s'agit d'assurance maternité (donc tarif limitatif) ;

b) La sage-femme a seulement assisté le médecin pendant l'acte-accouchement.

Elle n'a pas participé aux actes pré- et post-nataux.

En ce cas, peut-elle prétendre au tarif corporatif maternité, entier ou partiel ?

4° Qui doit signer la feuille assurance-maternité, en ce qui concerne l'acte accouchement :

a) Médecin seul,

b) Ou tous les deux, médecin et sage-femme ?

5° Etant donné le départ de mon remplaçant, puis-je légalement remplir la feuille assurance-maternité en ce qui concerne l'acte-accouchement ?

6° Le tarif de remboursement de la Caisse d'assurances sociales sera-t-il limité seulement aux honoraires du médecin (forfait de l'accouchement simple), ou étendu à l'ensemble des honoraires du médecin et de la sage-femme ? Dr. P.

Réponse

1° *Vous pouvez lire dans le* Règlement intérieur des caisses *(arrêté du* 30 *janvier* 1937*) à l'article* 59 :

« *La Caisse garantit en cas de maternité, dans les conditions prévues par le décret-loi du* 28 *octobre* 1935 :

a) *à l'assurée ou à l'assuré pour sa femme,* une somme forfaitaire *représentant l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la* grossesse, *à l'*accouchement *et à ses* suites *et fixée par le tarif de responsabilité.* »

Puis l'article 58 parle en b) *de l'allocation journalière et en* c) *de l'allaitement de l'enfant par sa mère, etc., dispositions qui ne concernent plus votre question.*

Conclusion : *Qu'il y ait eu pour l'accouchement sage-femme ou médecin ou* les deux, *cela ne change en rien la « somme forfaitaire ». Celle-ci ne pourrait être majorée qu'en cas de* dystocie *(forceps, version, etc.) ce qui est en dehors de votre cas.*

2° *Pour la signature de la feuille, vous pouvez d'autant mieux signer à la place de votre remplaçant (avec précisions données au besoin à ce sujet) que vous avez du faire à cette femme les visites ante et post-natales, etc.*

Dr F. Decourt.



AUTOMOBILISME

Comment faciliter le démarrage à froid.

Fidèle lecteur de vos intéressants articles paraissant dans le *Concours*, je me permets à mon tour de venir vous poser une question.

A l'heure actuelle où presque tous les garages possèdent l'éclairage électrique pourquoi n'adopterait-on pas l'une des deux solutions suivantes pour permettre le démarrage à froid sans fatiguer les accus ?

La fabrication d'appareils transformateurs-redresseurs susceptibles de transformer le courant secteur alternatif, en 6 ou 12 volts continu, ce dernier pouvant être utilisé directement par le démarreur de la voiture, lequel pourrait tourner de cette manière pendant un quart d'heure ou plus s'il le fallait.

L'équipement des voitures avec un deuxième démarreur fonctionnant sur le courant du secteur, qui ne serait utilisé que lors de la mise en route au garage.

Je sais bien que ce ne sont pas des solutions possibles aujourd'hui ; mais ne pourraient-elles pas rendre des services plus tard lorsque les temps seront redevenus meilleurs ?

Dr M.

Réponse

L'idée que vous émettez dans votre lettre est venue à beaucoup d'usagers de l'automobile qui ont eu quelques démêlés avec leur démarreur pour la mise en route de leur voiture. Le problème a été résolu pratiquement de la façon suivante :

Il existe des appareils de garage constitués par des batteries de forte capacité, pouvant à volonté être couplées en 6, 12 et 24 volts. A ces batteries est adjoint un appareil de charge qui peut être, soit un redresseur sec, soit un groupe électrogène. Pour démarrer, on se sert de la batterie de garage dont on connecte les câbles au moyen de pinces sur la masse du moteur d'une part et sur la borne du démarreur d'autre part. Si on a quelque difficulté à démarrer avec la tension nominale de l'équipement de la voiture, on utilise une tension plus élevée, par exemple 12 volts sur une installation 6 volts, 18 ou 24 volts sur une installation 12 volts ; ce dispositif donne complète satisfaction.

Les solutions que vous préconisez ne sont pas pratiques pour les raisons suivantes :

Il faudrait, pour pouvoir utiliser directement le courant du secteur, un transformateur qui donne au secondaire un courant 6 ou 12 volts, avec une intensité pouvant atteindre 200 ou 300 ampères, appareil important, donc lourd et cher et qui aurait en plus le grave défaut d'absorber au primaire une intensité de l'ordre d'une cinquantaine d'ampères à quoi n'est pas adapté en général le compteur de l'installation, même dans un atelier important.

Même remarque en ce qui concerne le redresseur qui serait extrêmement onéreux.

La seule solution pratique consiste à avoir une batterie de forte capacité susceptible de débiter un courant très important lorsqu'on en a besoin, mais qu'on peut recharger

avec un courant de faible intensité pendant le temps nécessaire.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

1459. — **Assurances sociales et pensions de guerre.**

Quelle est la situation d'un réformé de guerre pensionné de guerre 100 % pour tuberculose pulmonaire qui, assuré social comme facteur des P.T.T., auxiliaire, fait soigner sa tuberculose ? A-t-il le choix entre son carnet de soins et les prestations de l'assurance sociale à condition de remplir ses feuilles sans toucher à son carnet ?

A l'expiration des six mois de soins cumulera-t-il une pension invalidité de l'assurance sociale avec sa pension militaire ?

Dr P.

Réponse

Les pensionnés de guerre bénéficiant déjà de soins en vertu de la loi du 31 *mars* 1919 *sont exclus du bénéfice des Assurances sociales.*

Si l'affection dont l'assuré est atteint, a bien pour origine une maladie ou une blessure de guerre, l'assuré continue de recevoir personnellement les soins auxquels il a droit en vertu de la loi du 31 *mars* 1919 *et il ne peut prétendre à aucune prestation en nature de la Caisse d'Assurances sociales. La Caisse doit seulement accorder les prestations en espèces, c'est-à-dire les indemnités journalières et les cotisations complémentaires prévues par le paragraphe* 6 *de l'article* 7 *de la loi sur les Assurances sociales. Elles sont d'ailleurs servies à l'assuré malade et pensionné de guerre dans les mêmes conditions qu'aux autres assurés.*

DEMANDES ET OFFRES

N° 175. — Vve de médec. met à la disposit. de confr. salon et bureau pour clientèle. S'adr. : Beaujard, 83, rue de Courcelles, Paris. Car. 52-31.

N° 176. — Client. médic. bon rapp., médec. génér. gynécol., accouch. à reprendre. 15 km. de Paris banlieue Est. Belle mais., très bien install., jardin. S'adr. : Dr Raslez, 7, avenue Gourgaud, Paris (17e).

N° 177. — Médec. pro-pharm., 38 ans, non mobilis., désire place fixe à temps partiel ou complet.

N° 178. — A remettre, rég. Marne, suite décès médecin tué par les Allemands, import. et sérieuse client. médic.

N° 179. — Client. bon rapport à céder de suite. Rég. Ouest bords de Loire, pêche et chasse.

N° 180. — Ain. Pays de Bresse, poste médic. très import. avec radio, U.V. et I.R. Belle install. à reprendre après décès. Ville agréable, collège. Faire offre au journ. qui transm.

N° 181. — Cherche à reprend. client. médic. génér. Vaucluse, B.-du-Rh. ou limitrophes. Ecr. journ. qui transm.

N° 182. — Urgent, raison santé, à céder cabinet médec. génér. Nice.

N° 183. — A remettre appartem. et mobilier médic. Condit. très intéress., région agréable, sous-préfecture Sud-Est.

N° 184. — Gros poste médic. sous-préfect. Midi, belle client., matériel. A céder d'urgence, cause décès. S'adr. : Dr Quet, à Valréas (Vaucluse).

N° 185. — Cabinet médic., belle client., à céder dans pays riche, logement garanti. Ecr. : Mme Vinciguerra, à Montfort-en-Chalosse (Landes).

N° 186. — Médecin sinistré total ophtalmo-oto-rhino recherche association avec confrère ou succession laissant instruments et appareils, régions Ouest ou Centre. S'adr.: au bureau du Journal.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 . 4e trimestre 44
G. BLANCHONG & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
N° au C. O. L. : 31.0044





P. Michels
CHLORO-CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil à café = 1gr. CaCl
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance. Tuberculose
Grossesse Allaitement. Spasmophilie
Entérites Accidents seriques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hemorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries Nephrites Œdèmes
Ascite. Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON 65 GR
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
Rue du Colonel-Moll_PARIS

66e ANNÉE — Nos 45 et 46 — 15 NOVEMBRE 1944

LE
CONCOURS MÉDICAL
37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

M. le professeur Roussy, réintégré dans ses fonctions de Recteur à la Sorbonne, a été élu Secrétaire général de l'Académie de Médecine, en remplacement du professeur Achard, récemment décédé.

Ecole de médecine d'Angers.

M. Goyer est institué, à dater du 1er mars 1944 et pour une période de neuf ans, professeur suppléant de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers, en remplacement de M. Naulleau, nommé professeur titulaire.

Ecole de médecine de Nantes.

Par arrêté du 27 octobre 1944, M. Reyt est institué, à dater du 1er mars 1944, et pour une période de neuf ans, professeur suppléant de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de M. Paul Véran, nommé professeur titulaire.

Comité scientifique du ravitaillement.

Par arrêté du 16 octobre 1944, ont été nommés membres du Comité scientifique du ravitaillement : MM. Le Noir, G. Bertrand, Léon Binet, Pierre Chouard, Debré, Gounelle, Justin-Besançon, Lesné, Ombrédanne, Charles Richet, Schaeffer et Tanon.

Commission nationale de secours aux médecins sinistrés.

Dans le courant de juillet 1944, le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait fait à chaque médecin de France un appel en faveur des médecins sinistrés.
Beaucoup ont généreusement répondu ; un certain nombre n'a pu le faire par suite de circonstances et de l'interruption des communications postales.
Après la dissolution du Conseil National, la Commission de Secours a été maintenue par décision ministérielle.
Depuis ces derniers mois le nombre des médecins sinistrés s'est considérablement accru ; aux sinistrés par bombardement s'ajoutent les victimes de la guerre (médecins blessés, déportés ou emprisonnés, veuves, orphelins de médecins tués ou fusillés). Nous avons pu jusqu'alors accorder une *moyenne* de 10.000 francs à chaque médecin sinistré total, mais, sur cette base, un million de francs ne permet de secourir que 100 médecins et la Normandie seule en compte plus de 200.
Aussi la Commission reprend-elle l'appel fait antérieurement.
Elle sait qu'aucun médecin ne manquera de répondre à sa demande et elle les prie de faire leur versement, soit par chèque bancaire, soit par chèque postal n° 87434 Paris (Commission de Secours aux Médecins sinistrés, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris). Au cas où cet appel resterait sans réponse elle se permettrait de leur présenter à la fin du mois un recouvrement postal de 200 francs.

Service social antivénérien.

L'Office public d'Hygiène sociale de la Seine recherche actuellement des assistantes sociales ou, à défaut, des aides sociales pour effectuer les enquêtes épidémiologiques prévues par la loi du 31 décembre 1942 sur la prophylaxie des maladies vénériennes.
Les candidates sont priées d'adresser leurs titres et références au Médecin inspecteur de la Santé de la Seine, Office public d'Hygiène sociale (9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris (4e).

Naissances.

Notre confrère et ami le Dr Louis Robert, d'Issoudun, nous fait part de la naissance de ses deux petits-fils : Claude Le Minor, fils du Dr Le Minor, assistant à l'Institut Pasteur, et Jean-Claude Rouquet, fils de M. Jean Rouquet, ingénieur des Arts et manufactures, à Rive-de-Gier (Loire).
Nos sincères félicitations aux heureux parents.

Mariage.

Nous apprenons le mariage du Dr Jean Delerba, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Monique Redorier.

Nécrologie.

Le Dr Marcel Braunberger, de Paris, nous confirme la mort de son fils, le Dr Jacques Braunberger, chef de laboratoire à la Faculté, décédé le 26 novembre 1943 au cours d'une longue détention.

***

La Chirurgie française est en deuil. Deux des plus éminents chirurgiens du XXe siècle viennent de décéder : M. le Pr Gosset et M. le Pr Jean-Louis Faure, tous deux membres de l'Académie des sciences.

Le Pr Jean-Louis Faure était né en 1863 à Sainte-Foy-la-Grande ; il était le neveu des Reclus. Il eut de brillants débuts et fit paraître dans la collection des *Cliniques chirurgicales de Ricard et Rochard*, un ouvrage remarquable : *Chirurgie des annexes de l'utérus*. Il fut nommé professeur de clinique et obtint la chaire de Gynécologie à l'hôpital Broca qu'avait illustrée Pozzi.

Secrétaire général de la Société de chirurgie, il prononça à ce titre les éloges du Pr Reclus, son oncle, de Peyrot, de Pozzi, de F. Guyon, de Farabeuf. L'éloge de Peyrot où il évoque les charmes du Périgord, sa petite patrie, est plus particulièrement éloquent.

M. J.-L. Faure avait un véritable talent d'écrivain. Il publia *L'Ame du Chirurgien*, un volume sur *Claude Bernard*, des Essais, etc.

Nous nous souvenons de la belle conférence qu'il fit aux *Voix latines* sur le Brésil et des discours éloquents qu'il prononça aux banquets de l'Union médicale latine dont il était membre d'honneur.

M. J.-L. Faure ne se désintéressait pas de la chose publique. Affilié à aucun parti, il présida pendant plusieurs année la *Ligue civique* dont le but était d'assainir la politique Elle n'y est pas parvenue.

J. N.

Le Pr Gosset, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie, est mort le 24 octobre à l'âge de 72 ans. Assistant de Terrier, professeur agrégé en 1901, chirurgien des hôpitaux en 1903, puis professeur de clinique chirurgicale, il avait quitté son service de la Salpêtrière en 1942, atteint par la limite d'âge. Chirurgien de grand renom, il avait soigné, entre autres personnalités, le Maréchal Lyautey et le Président Clemenceau.

***

Le Docteur Alexis Carrel

De toute la presse du 7 novembre dernier, seule l'édition française du « Daily Mail » s'est souvenue que le Dr A. Carrel était un grand savant. Les autres quotidiens français annoncent en général sa mort avec une unanime et excessive discrétion.

Il eût convenu, cependant, de retracer la carrière prestigieuse du biologiste, notamment ses travaux sur les greffes et les cultures de tissus qui, à 40 ans, lui valurent un prix Nobel. C'était bien le moins aussi, d'honorer l'auteur de ce livre retentissant *L'Homme, cet inconnu*, l'un des rares livres qui, traduit dans toutes les langues, ait porté une pensée française à travers le monde entier, déclenchant des discussions passionnées, mais ayant le mérite de poser un immense problème.

Le Dr A. Carrel était l'un des quelques Français contemporains qui attestaient sur les cinq continents la survivance du génie de la France.

Ce n'est pas seulement sa pensée qui avait servi la France. En 1914, il avait quitté son laboratoire de l'Institut Rockfeller, pour venir prendre sa place dans le combat, sous l'uniforme. En 1939, de nouveau il était auprès de la Patrie malheureuse.

Les médecins français ne doivent pas oublier qu'il fut l'un des leurs, et des plus grands. Le *Concours Médical* apporte au Dr Carrel, son déférent hommage.

Le Concours Médical

Fondé en 1879 *par A. Cézilly.*

Directeur : Docteur J. Noir.

Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).

Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.

Chèques postaux, Paris 167.95.

Abonnements : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

Mutualité familiale.

Conseil d'Administration du 27 octobre 1944

Présents : Drs Noir, président ; Vimont, vice-président ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; Bayard.

Excusés : Drs Chevalier, O'Followell et H. Mignon.

Le procès-verbal de la précédcnte séance est, après lecture, adopté à l'unanimité.

Les admissions provisoires prononcées en juillet dernier n'ayant donné lieu à aucune observation deviennent définitives.

Admissions provisoires : Drs Armand (S.-et-O.), Joussaume (S.-et-O.).

Le secrétaire général expose que des adhésions sont déjà parvenues à la combinaison M.A. 300 actuellement en formation. Les circonstances et l'arrêt des correspondances empêchant la convocation d'une Assemblée générale extraordinaire ont retardé l'ouverture de cette combinaison. Il n'est possible maintenant d'envisager cette ouverture que dans un délai de quelques mois. Le Conseil regrette ce retard mais constate son impuissance devant les obstacles qui l'ont entraîné.

La séance est levée à 17 heures.

Le secrétaire général,
G. Lavalée.

Entraide en faveur des médecins sinistrés.

De nombreux médecins sinistrés qui ne peuvent rentrer à leur résidence par suite de la destruction totale de leur habitation et de la dispersion de leur clientèle sont en quête d'associations avec des confrères surchargés ou de postes à reprendre. Certains s'adressent à nous pour les aider dans cette recherche.

A tous nos lecteurs nous demandons de nous indiquer, lorsqu'elles viendront à leur connaissance, les vacances capables de satisfaire à ces demandes. Nous centraliserons ces renseignements et les tiendrons à la disposition de nos confrères victimes de la guerre. Aucun médecin français ne peut rester indifférent à ces infortunes malheureusement trop nombreuses chez nous et auxquelles nous avons le devoir d'offrir notre entière et cordiale assistance. Toutes les régions de France ont été frappées et toutes se doivent de participer à cette œuvre de solidarité.

Syndicats, Ordre et Comités.

Nous sommes heureux de publier ci-dessous le texte d'une circulaire ministérielle du 24 octobre 1944 qui intéressera certainement nos lecteurs :

1° *La réorganisation des Syndicats médicaux est en cours. Aucune mesure ne doit être prise pour la reconstitution, la réunion et le fonctionnement des Syndicats médicaux avant la parution de cette ordonnance.*

2° *Par décret du 10 octobre 1943 les Conseils de l'Ordre ont été dissous.*

A la demande de l'immense majorité des médecins, je prépare un nouveau texte prévoyant un nouvel Ordre des médecins s'occupant de l'honneur et de la moralité professionnelle. Aucune mesure ne peut être prise pour la réunion et la reconstitution des Ordres de médecins actuellement.

3° *Pendant l'occupation allemande se sont constitués des Conseils médicaux de la résistance, qui sont devenus les Comités médicaux de la Libération.*

Ces Comités doivent travailler en liaison étroite avec les Comités départementaux de la Libération. Ils doivent être consultés sur les questions d'hygiène et de la protection de la santé. Il doit être tenu compte de leurs propositions et suggestions pour les solutions éventuelles de ces questions.

Signé : Billoux.

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Ordonnance du 3 novembre 1944 modifiant les salaires de base en matière d'accidents du travail.

ARTICLE PREMIER. — A compter de la publication de la présente ordonnance, les chiffres de 15.000 fr. et de 25.000 fr., fixés comme fraction de base de la partie irréductible du salaire de base des rentes par l'article 2 (2e alinéa) de la loi du 9 avril 1898 susvisée, sont portés respectivement à 42.000 fr. et 80.000 fr.

ART. 2. — Les dispositions de l'article 29 de la loi du 1er juillet 1938 modifiant la loi du 9 avril 1898 sont applicables aux contrats d'assurances contre les accidents du travail en cours au moment de la publication de la présente ordonnace.

(*J. O.*, 4 novembre).

HOPITAUX ET HOSPICES

Deux arrêtés ministériels du 20 octobre et du 21 octobre 1944 fixent les traitements : 1° du personnel secondaire spécialisé des hôpitaux et hospices ; 2° du personnel administratif subalterne et du personnel secondaire et ouvrier.

(*J. O.*, 25 octobre).

LABORATOIRES D'ANALYSES

Un arrêté ministériel du 5 octobre 1944 crée une Commission temporaire chargée d'étudier le statut des laboratoires privés d'analyses médicales et nomme les membres de cette Commission.

(*J. O.*, 30 octobre).

MÉDECINS PHTISIOLOGUES

Un arrêté ministériel du 7 octobre 1944 fixe la rémunération des médecins phtisiologues.

(*J. O.*, 27 octobre).

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Arrêtés ministériels du 31 octobre 1944 modifiant le tarif des soins aux pensionnés de guerre.

I

ARTICLE PREMIER. — Le tarif de l'examen radioscopique du thorax, associé à l'examen clinique figurant au paragraphe 2 du titre II du tableau annexé à l'arrêté du 2 juin 1943, est abrogé et remplacé par le suivant :

Consultation avec examen radioscopique :	
Thorax	75. »

ART. 2. — La nomenclature et le tarif des actes spéciaux de phtisiologie figurant au paragraphe 4 du titre II du tableau annexé à l'arrêté du 2 juin 1943 sont abrogés et remplacés par les suivants :

	francs
Bronchoscopie	500. »
Drainage et aspiration cavitaire par voie transpariétale	500. »
Entretien et surveillance radioscopique du drainage	100. »
Drainage et aspiration pleurale	500. »
Entretien et surveillance radioscopique	100. »
Pleuroscopie	500. »
Pleuroscopie avec section de brides :	
Premier temps	1.000. »
Les temps suivants	750. »

Pneumothorax artificiel :

- Première insufflation .... 300. »
- Les suivantes .... 100. »

Ponction évacuatrice de la plèvre suivie d'injection médicamenteuse .... 150. »

Ponction évacuatrice de la plèvre suivie de lavage .... 200. »

ART. 3. — Les dispositions du présent arrêté auront effet du 1er octobre 1944.

II

ARTICLE UNIQUE. — La nomenclature et le tarif des actes de stomatologie figurant au tableau annexé à l'arrêté du 2 juin 1943 sont abrogés et remplacés par les suivants, à compter du 1er juillet 1944 :

Stomatologie

	francs
Consultation avec emploi des instruments courants de diagnostic	25. »
Détrartrage, la séance avec maximum de deux séances	50. »
Extraction avec anesthésie	50. »
Obturations :	
Carie du premier et du deuxième degré...	80. »
Traitement d'une carie du troisième degré, obturation comprise	200. »
Traitement d'une carie du quatrième degré, obturation comprise	250. »
Traitement médico-chirurgical des parodontoses, par séance, avec maximum de trente séances, médicaments prescrits à l'aide du carnet de soins, la séance	50. »

Prothèse mobile

Appareil en vulcanite :	
Plaque de base vulcanite	240. »
Ressort et porte-ressort	200. »
Ressort de rechange	30. »
Crochet en métal non précieux, crochet demi-jonc	60. »
Crochet en métal non précieux, crochet plané	100. »
Dent porcelaine à crampons en métal précieux ou dent porcelaine diatorique....	120. »
Appareil en métal non précieux (dans le cas où la prothèse vulcanite n'est pas techniquement indiquée) :	
Plaque de base métallique	600. »
Dent porcelaine à crampons ou diatorique sur vulcanite	160. »
Réparations :	
Dent à replacer	100. »
Dent à remplacer (même tarif que pour la dent sur vulcanite ou la dent sur métal non précieux).	
Réparation d'une cassure simple sur prothèse vulcanite	120. »
Réparation d'une cassure sur métal ne nécessitant pas de démontage	200. »

Prothèse fixe

Couronne face triturante coulée en alliage non précieux (non compris les soins de la dent)	600. »
Couronne Richmond (non compris les soins de la dent)	800. »
Dent à pivot genre Davis (non compris les soins de la dent)	500. »
Bridge en alliage non précieux par élément (non compris les soins des pivots)........	600. »

Traitement prothétique des parodontoses

Ligature simple	160. »
Ligature composée	400. »
Attelle simple de deux à cinq dents en métal. La dent	160. »

Bridges de contention (tarif prothèse majoré de 50 %)

Prothèse amovible de contention (tarif prothèse majoré de 50 %).

(*J. O.*, 5 novembre).

ECHOS & COMMENTAIRES

A PROPOS D'UNE CIRCULAIRE. — LES PROJETS DE RÉFORME DU COMITÉ MÉDICAL NATIONAL. — OU L'ON RÉCLAME D'URGENCE UN STATUT. — CLARTÉS NÉCESSAIRES. — UNE EXTENSION INATTENDUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL. — LES SOCIÉTÉS D'ARRONDISSEMENT, BERCEAU DU FUTUR SYNDICALISME PARISIEN.

Une circulaire du ministre de la Santé en date du 24 octobre dernier, dont on trouvera par ailleurs le texte, est venue préciser la position adoptée par les pouvoirs publics à l'égard des Syndicats médicaux, de l'Ordre des Médecins, et des Comités médicaux de la Libération.

Cette circulaire appelle quelques commentaires. Nous sommes priés en effet de ne prendre aucune mesure pour la reconstitution, la réunion et le fonctionnement des Syndicats médicaux, avant la parution d'une ordonnance qui se fait au reste quelque peu attendre.

A vrai dire, ces termes sont quelque peu obscurs. Nous comprenons évidemment que la reconstitution des syndicats existant avant la guerre ne peut être faite que selon les modalités de l'Ordonnance du 27 août 1944 non encore appliquée. Mais l'on pourrait également déduire de ce texte que l'on entend suspendre la réunion et le fonctionnement des syndicats nouveaux.

Or, si la reconstitution des Syndicats ne peut se faire avant la publication de l'ordonnance d'Alger réglant la question (encore que ceci puisse se discuter sur le plan strictement juridique), rien par contre ne peut valablement s'opposer à la création immédiate de nouveaux Syndicats. L'interdiction pour les médecins de se grouper en associations syndicales régies par le livre III du Code du travail ne résultait que des lois du 7 octobre 1940 et du 10 septembre 1942 actuellement abrogées. Et les médecins ont, comme tous les citoyens, le droit d'invoquer l'ordonnance rétablissant la liberté syndicale.

Nous ne pouvons en effet nous résoudre à croire que l'ordonnance projetée vienne restreindre ou limiter le droit pour les médecins de se syndiquer dans les formes du droit commun. Une telle mesure apparaîtrait comme dictée par une méfiance envers le corps médical que rien cependant ne pourrait justifier. De toutes manières, il est difficilement admissible que l'on demande d'appliquer à l'avance un texte encore dans les limbes. Et l'on aimerait que les ministères veuillent bien se convaincre une fois pour toutes que le pouvoir des circulaires ne s'étend pas jusqu'à suspendre les lois et les libertés essentielles du régime.



(suite page 519)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE

par le Professeur E. MÉRIEL (Toulouse),

Il n'est pas rare de voir se présenter à nos consultations hospitalières des malades qui, d'après eux et à la suite d'un traumatisme plus ou moins important, se plaignent d'une impotence douloureuse d'un de leurs membres supérieurs. C'est ainsi que vous avez vu la semaine dernière un homme jeune encore, qui nous raconta avoir fait une chute sur l'épaule gauche et, après avoir immobilisé son bras pendant quelques jours dans une écharpe, s'était aperçu qu'il pouvait difficilement lui faire exécuter quelques mouvements d'abduction et de rotation, et tout cela avec une douleur assez vive. Vous m'avez vu rechercher avec précaution l'étendue des mouvements que je pouvais faire passivement exécuter à cette épaule, limités de moitié environ ; vous m'avez vu palper les divers points de cette région scapulaire pour y repérer les zones douloureuses. En outre, je vous ai fait observer l'atrophie de la région deltoïdienne. Ces divers symptômes m'ont amené à parler de **périarthrite scapulo-humérale** d'origine vraisemblablement traumatique, puisque dans les antécédents il n'y avait pas trace d'atteinte rhumatismale. La radiographie que me montra ce malade, face et profil, n'indiquait ni déplacement articulaire, ni solution de continuité. Contrairement à ce qu'il prétendait, il n'y avait eu ni luxation, ni fracture d'aucun des éléments de l'extrémité humérale, et sa revendication en faveur d'un accident du travail perdait ainsi une certaine partie de sa valeur.

De la périarthrite de l'épaule, par contre, ce malade en avait les signes essentiels : limitation **plus ou moins marquée de l'abduction** — qui est le mouvement le plus atteint — ainsi que de la projection en avant, de la rotation externe et de la circumduction. Notez en passant que la limite de l'abduction spontanée sera appréciée si, examinant le malade de dos, vous immobilisez d'une main l'angle inférieur de l'omoplate, pendant que de l'autre, vous élevez le coude; vous observerez, quand l'angle du bras avec le plan costal dépassera 40°, que l'omoplate est entraînée. De plus, dans cette manœuvre, vous pourrez percevoir des craquements.

Le deuxième symptôme est la **douleur**, réveillée par la recherche de la limite des mouvements actifs ou passifs. Rarement le sujet accusera une douleur spontanée. En outre, chez notre malade, vous m'avez vu provoquer de la douleur quand je promenais l'index sur le trajet du nerf circonflexe, puis le long de la gouttière bicipitale, ainsi qu'au niveau des insertions inférieures du deltoïde et supérieures du biceps. Ce dernier point a un certain intérêt pathogénique, comme je vous le dirai tout à l'heure. Enfin vous avez constaté l'atrophie musculaire des muscles de l'épaule et surtout du deltoïde.

Ce malade n'a pas voulu entrer à l'hôpital, se refusant au traitement que je lui proposais, et qui aurait pu l'améliorer ou même le guérir. Il préférait garder son incapacité partielle, parce qu'il comptait l'exploiter pour s'en faire largement indemniser. Sans qu'il l'ait avouée, sa pensée intime était facile à deviner ; vous en verrez bien d'autres exemples dans votre carrière.

Malgré cela, je veux profiter de cette observation pour vous exposer l'évolution des idées sur certains points d'une affection, en apparence banale. Celle-ci mérite votre attention au point de vue social, car elle est à l'origine de revendications sur les conséquences d'un accident de travail. Aussi devrez-vous examiner de tels malades avec toutes les ressources de l'exploration moderne (électricité, radiographie) avant de vous prononcer. Je vais surtout vous montrer maintenant comment les idées modernes sur le sympathique tendent à rajeunir cette vieille question.

Il est classique de trouver à cette affection une origine traumatique. Elle succéderait, selon nos maîtres, à une contusion ou même à une luxation de l'épaule. Jarjavay invoquait les mouvements de tension du bras en dedans et en arrière, comme dans l'acte de déboucher une bouteille. Dans un cas de Kirmisson, un homme avait fait un effort pour pousser en avant une brouette, et dans un autre cas, c'était une femme qui avait tordu violemment un paquet de linge. Rarement on a pu invoquer le rhumatisme (Desplats).

Ces causes traumatiques donnaient naissance à une lésion curieuse et dont l'interprétation s'entendait de diverses façons. En effet, il s'agissait, d'après les classiques, d'une pathogénie analogue à celle de l'hygroma chronique. Ainsi pour Duplay, le siège de la lésion était la bourse séreuse sous-deltoïdienne, primitivement enflammée sous l'influence de la contusion : des adhérences se produiraient ensuite et détermineraient les accidents signalés. Duplay établissait cette théorie d'après l'autopsie d'un de ses malades atteint, à la suite d'une chute sur l'épaule, d'une luxation réduite sans difficulté. Ne pouvant cependant mouvoir librement son bras, il entrait trois mois à Beaujon, dans le service de Duplay, qui constatait des troubles de la sensibilité et du mouvement dans les territoires des nerfs cubital et brachial cutané interne. Le malade ayant succombé accidentellement, l'autopsie montra que « au lieu du tissu cellulaire lâche et lamelleux » qui, occupe la face profonde du muscle deltoïde, on trouve un tissu fibreux extrêmement résistant, constituant des brides, des lames irrégulièrement disposées qui, dans plusieurs points, unissent le deltoïde à l'extrémité supérieure de l'humérus. La capsule articulaire est épaisse, le tissu cellulaire qui l'entoure est, à son tour, épaissi notablement, transformé en tissu fibreux et traversé par les nerfs cubital et brachial

cutané interne, qui sont le siège d'une rougeur ou d'une injection marquées ».

Cette description de Duplay rend parfaitement compte des symptômes. L'effacement de la bourse séreuse, la production de brides fibreuses expliquent la limitation des mouvements. L'atrophie musculaire et les irradiations douloureuses sur les différentes branches du plexus brachial sont la conséquence de la névrite (Kirmisson).

Telle est donc la théorie initiale de cette bursite primitive, appelée encore maladie de Duplay. Tillaux l'admit avec quelque réserve, puisqu'il faisait jouer un rôle important à la lésion du nerf circonflexe.

Il n'est certes pas douteux qu'il y a des périarthrites, qui ont pour origine un traumatisme. Mais sachez aussi qu'on en a observé sans qu'on ait pu retrouver celle-ci dans l'anamnèse, et vous en comprenez l'importance, quand il faudra établir le rapport de cause à effet dans une expertise d'accident, chez un sujet revendicateur. On a pu, en effet, observer cette affection après une poussée rhumatismale aiguë ou subaiguë, mais toutefois dans peu de circonstances, affirment Hepp el Koskinos.

D'autre part, la radiographie a montré des cas où à la hauteur de la grosse tubérosité, mais séparée d'elle par un petit espace clair, existait une masse calcifiée, mince transversalement, et étendue de 2 à 4 cm. dans le sens vertical (Sénèque). Ce sont là des concrétions calcaires extra-articulaires, dont le siège exact dans la bourse séreuse ou dans l'épaisseur des tendons, est très discuté (A. Guibal). On les a comparées à un ostéo-chondrome et attribuées à la calcification des foyers tendineux de nécrose ischémique. On ne peut pas affirmer, dit Sénèque, que ces calcifications sont « de manière certaine dans la dépendance du traumatisme antérieur, car on les a vu apparaître parfois sans qu'il y ait aucun traumatisme dans les antécédents. Aussi faudra-t-il faire pratiquer une radiographie de l'épaule opposée et, si cette lésion coexiste avec des atrophies musculaires, on est en droit de se demander si les troubles présentés par le blessé sont sous la dépendance de la calcification normale ou de l'atrophie musculaire » (Sénèque).

On est même allé jusqu'à tenter l'extirpation de ces concrétions calcaires, mais les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants. Par contre, Sénèque dit avoir vu, dans deux autres cas, les troubles fonctionnels et les signes radiographiques disparaître par un traitement antisyphilitique.

Ainsi vous voyez que le dernier mot n'est pas dit sur la pathogénie de cette affection. Il s'en faut, en effet, ca à la théorie française de la bursite sous-deltoïdienne avec calcification, voici que les Américains opposent la périarthrite par lésion du tendon du muscle sus-épineux. Ce serait, d'après Codman, sa rupture partielle ou totale, spontanée ou traumatique, qui produirait le blocage articulaire. Codman ne donne pas moins de dix-huit symptômes, dont le groupement permet de reconnaître à coup sûr la périarthrite par rupture du sus-épineux (Hepp et Koskinos). Mais, avec Outland et Shepherd, il n'y en aurait plus que cinq à conserver pour soutenir cette thèse. Voici d'ailleurs comment les choses se passeraient. Après un traumatisme souvent discret ou un effort exagéré, le sujet ressentirait un claquement, auquel ferait suite une impotence à marche progressive. C'est d'abord une gêne accusée de l'abduction, surtout au début du mouvement. Si, en effet, le bras a été amené progressivement à l'angle droit, le sujet pourra l'y maintenir. Par la pression, vous décèlerez une douleur très vive, nettement située sur la grosse tubérosité, sous l'acromion, mais elle disparaîtra dans l'abduction ; quand la tubérosité se dissimule sous la saillie acromiale, c'est le signe de Dauburn. A ce moment, vous sentiriez un ressaut dû au frottement de la tubérosité qui, dépouillée du sus-épineux, s'accrocherait un instant à la voûte acromiale. Cette sensation serait analogue à celle de la hanche à ressaut par chevauchement de la bandelette de Maissiat. On pourrait l'appeler de même : épaule à ressaut.

Cette affection qui est, paraît-il, assez fréquente à l'étranger, n'a pas encore fait en France l'objet d'un contrôle opératoire. Radiologiquement cependant, Knut Lindblom en a précisé les déformations. Sur les arthrogrammes, il aurait constaté l'absence d'arrêt du liquide de contraste au niveau du col anatomique, sa diffusion hors de l'article, où il vient recouvrir l'insertion tendineuse du tendon sus-épineux. Le sus-épineux, étant un rotateur de l'épaule, joue dans l'abduction un rôle qui a son importance dans le bon fonctionnement de l'articulation. Il se peut donc que sa rupture soit possible, mais il semble cependant que ce soit une lésion d'exception dans la production de la périarthrite.

D'autre part, on a observé des périarthrites apparaissant spontanément et disparaissant brusquement, sous l'influence d'une infiltration cocaïnique, qui sont venues dérouter les idées préconçues. On a été ainsi amené à penser qu'il devait s'agir non plus d'une affection unique, mais plutôt de types cliniques variés appartenant au groupe des « syndromes, dits périarthrites de l'épaule », de Hepp et Koskinos. Cette conception nouvelle permet alors de distinguer : 1° des périarthrites aiguës ou subaiguës, véritables attaques de goutte de l'épaule (goutte aiguë calcique de Tavernier) ; 2° des périarthrites par bursite traumatique ou spontanée ou par rupture musculaire (cas du tendon du sus-épineux) ; 3° des périarthrites d'origine névritique. Cette névrite des faisceaux intramusculaires, déjà signalée par Kirmisson (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus), reparaît actuellement sous une autre forme avec les données fournies par la chirurgie du sympathique.

Voici, en effet, que le 31 janvier 1936, à la Société de Chirurgie de Toulouse, le Pr P. Fabre et le Dr Lazorthes faisaient connaître l'histoire d'un accidenté traumatisé de l'épaule, qui vit apparaître dans les jours suivants une périarthrite grave avec limitation des mouvements, atrophie musculaire, et qui restait rebelle aux thérapeutiques habituelles (massage, mobilisation passive, injection périarticulaire de novocaïne). On envisageait de con-

clûre à une incapacité permanente et partielle importante, lorsque ces auteurs eurent l'idée de faire une anesthésie du ganglion étoilé. Or ils remarquèrent une rétrocession rapide et complète du syndrome douloureux de l'épaule. Trois semaines après, la guérison était absolue, et bien entendu, il ne fut plus question d'établir une incapacité permanente et partielle. Ce très beau résultat, couronnant l'heureuse initiative de mes confrères toulousains, a également le mérite d'être un des premiers, que je sache, où cette intervention ait été tentée. Aussi éclaire-t-il d'un jour nouveau la pathogénie, si variée, comme je vous l'ai montré, d'une vieille question. On ne peut plus parler, dans ce cas, de bursite calcifiée, pas plus que de la rupture tendineuse du sus-épineux (P. Fabre est revenu sur ce sujet dans la **Presse Médicale** du 4 décembre 1943).

Cette observation pose ici, en effet, le problème génétique des perturbations du système sympathique. Par le caractère instable de la douleur qui peut se répandre dans le membre et parfois même dans l'opposé, par sa mobilité aux variations atmosphériques, par sa coexistence avec des troubles vaso-moteurs ou trophiques des extrémités (acrocyanose, calorification du bras associée à une ischémie totale), la périarthrite prend alors tout l'aspect d'une **névrite cervico-brachiale à manifestation péricapsulaire.** La contracture des muscles algiques étant admise comme la manifestation d'un tonus ischémique, le sympathique par « sa sensibilité propre, crée la douleur par hyperhémie veineuse ou par vaso-constriction jouant sur les nerfs cérébro-spinaux » (Hepp et Koskinos). Enfin on a pu observer aussi des syndromes de périarthrite de l'épaule à renforcement paroxystique, associés à un syndrome neuro-végétatif algique et vaso-moteur affectant le sympathique cervical et se traduisant par un syndrome de Claude-Bernard-Horner (Morlaas). D'où la conclusion que signes de périarthrite de l'épaule et syndrome paroxystique mélangés sont en faveur d'un mécanisme **neuro-végétatif.**

Ces données nouvelles, qui laissent bien loin derrière elles la pathogénie classique, doivent inspirer des indications thérapeutiques correspondantes.

Assurément, à la phase aiguë conviendra toujours l'immobilisation classique. Si vous êtes en présence d'une évolution chronique, vous prescrirez la mobilisation prudente et le massage, aidés de la révulsion, des douches de vapeur et des eaux thermales. Ne négligez pas aussi la diathermie avec galvano-faradisation des muscles.

Dans les cas rebelles, avec gêne fonctionnelle marquée, vous aurez la ressource de rompre les adhérences sous anesthésie générale ou même de faire l'ablation de la bourse sous-acromiale, à travers les fibres du deltoïde, surtout si la radiographie vous y a révélé quelques dépôts calcaires. Je ne cite que pour mémoire la ténotomie du sus-épineux, selon la pathogénie américaine.

Mais retenez plutôt que, actuellement, on a tendance à considérer la majorité des périarthrites comme une affection **d'ordre névritique.** La névrite y serait primitive et la participation du sympathique considérable. L'infiltration du stellaire pourra procurer, comme dans la belle observation de MM. Fabre et Lazorthes, des améliorations et même des guérisons surprenantes. Etant données l'innocuité et la facilité de son exécution, entre des mains exercées, cela s'entend, il semble bien que ce soit là une méthode appelée à un grand avenir et qui, de surcroît, permettra d'abaisser sensiblement le taux de l'incapacité en matière d'accident.

ÉCLAIRAGE GÉNÉRAL DES SALLES DE RADIOSCOPIES COMBINÉ AVEC L'ÉCLAIRAGE DU CHAMP OPÉRATOIRE SOUS L'ÉCRAN

Dr Maurice D'HALLUIN
Professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille

L'éclairage jaune, **permanent** des salles de radioscopie, ne semble pas se répandre. Il est cependant bien agréable et, pour notre compte personnel, nous nous en servons systématiquement pour tous nos examens depuis 1936.

Si d'autres observateurs ont pu ne pas en être satisfaits, c'est, pensons-nous, pour avoir négligé de se préoccuper de la place à donner à la **source lumineuse.**

Voyons donc l'histoire de cette utilisation, le moyen d'éviter tout ennui et la possibilité d'adjoindre à l'éclairage général, un **éclairage local** permettant l'examen direct du champ opératoire, quand on a besoin de l'examiner par intermittence aux rayons.

***

M. Long, alors directeur des Laboratoires des Glaceries de Saint-Gobain, a mis au point des filtres permettant aux radiologistes les examens en salle claire. Une glace " Dymix " contenant du plomb et du néodyme est employée pour recouvrir l'écran. Elle est opaque pour la lumière **jaune** éclairant la pièce et se laisse au contraire traverser par la lumière émise par l'écran.

Une lampe au sodium peut être utilisée pour l'éclairage général. Lui reprochant de ne pas atteindre instantanément son régime, on lui a préféré des tubes luminescents à mercure ou à hélium. Il faut alors absorber les raies s'ajoutant à la raie **jaune.** On utilise dans ce but des verres " Mercurix " pour le mercure et " Cataviol " pour l'hélium. On les double d'un verre " M.B.C. " qui absorbe les radiations rouges.

M. Long a confié sa glace au " neodyme " au Pr Ledoux-Lebard et au Pr Maurice d'Halluin, qui l'ont expérimenté chacun de son côté.

Le Pr Ledoux-Lebard s'est contenté d'utiliser une série de tubes à hélium, placés au plafond, de façon à obtenir un éclairage général de la salle. Sa publication à l'Académie des Sciences, date du 17 juin 1935.

Le Pr Maurice d'Halluin, s'est préoccupé, lui d'obtenir le meilleur rendement possible de l'éclairage jaune, en choisissant l'emplacement souhaitable pour la source lumineuse.

***

ÉCLAIRAGE GÉNÉRAL

L'artifice à employer consiste à mettre le plus possible écran et observateurs, **à l'abri** de la lumière émise par la source ou diffusée par les parois. Pour les examens debout, l'écran radioscopique est placé en face d'une tenture noire obturant une fenêtre. Pour les examens couchés, il faut éviter l'éclairage direct du plafond situé au-dessus de l'écran.

La source de lumière est disposée à 1 m. 50 du sol de façon à faciliter les allées et venues et la manipulation du tableau, ainsi que la prise de notes. Un écran opaque est placé au-dessus de la lampe au moment des examens radioscopiques, de façon à supprimer en majeure partie, les rayons diffusés par le plafond.

La salle est divisée en deux par une tenture de 2 m. 30, qui isole relativement le statif radioscopique du reste de la salle brillamment éclairée. Grâce à cet artifice, les observateurs sont dans la pénombre, il n'y a pas de reflets à redouter.

A la lampe au sodium, on peut substituer un tube luminescent à l'hélium en filtrant son rayonnement avec des filtres " Cataviol " et " M.B.C. ". Ce tube a reçu une forme rectangulaire. On l'a fixé dans des gouttières en bois, assemblées pour constituer un cadre luminescent. Celui-ci est monté sur une tige solidaire du tableau de commande et peut être orienté dans tous les sens pour obtenir l'éclairage convenable suivant les besoins.

Au lieu d'alimenter ce tube avec du courant de 15.000 volts, dont le voisinage constitue un danger, il a été excité avec un poste de diathermie.

***

ÉCLAIRAGE LOCALISÉ

Nous avons eu par la suite, l'idée de fixer notre cadre luminescent **au-dessous de l'écran radioscopique,** muni d'un verre " Dymix ". Notre but était alors d'éclairer le champ opératoire. Cette technique est à employer pour la recherche des corps étrangers, et même la réduction des fractures sous le contrôle de l'écran. On s'habitue aisément à l'aspect que présentent les téguments, les tissus et le sang, éclairés par une lumière sans rouge.

Il est plus commode d'utiliser un cadre luminescent, au centre duquel on place un écran Lewy-West 13/18 ou 18/24. Tous les appareillages permettent son adaptation. Quant à nous, nous avons fixé sur le bras supportant l'ampoule, une tige verticale. Elle reçoit une tige horizontale portant à son extrémité le cadre luminescent. Placé au-dessus de l'ampoule, il est solidaire de ses mouvements. Toute autre combinaison peut être réalisée suivant les besoins de la technique suivie par chaque opérateur.

Le cadre luminescent est facilement stérilisable, dans une boîte à formol.

Eviter les champs blancs, qui éblouissent, et adopter des champs colorés : rouges ou bleus, qui prennent une couleur terne.

***

COMBINAISON DE DEUX ÉCLAIRAGES

Pour l'éclairage général de la salle, nous avons adopté une lampe au sodium alimentée par du 110 volts. Placée au-dessus du tableau de commande, elle est enfermée dans un dispositif permettant, au moyen d'opercules, d'envoyer le rayonnement de haut en bas, de bas en haut ou latéralement.

Pour l'éclairage localisé, qui nous paraît **indispensable** dans les interventions radiochirurgicales, nous employons le cadre alimenté par un poste de diathermie. Cet éclairage localisé réalise déjà par lui-même un éclairage général de la salle, mais les deux procédés sont utilement associés.

***

CONCLUSIONS

Pour toute manipulation, il est agréable de travailler en salle claire. Grâce à la lampe au sodium et au verre " Dymix " sur l'écran radioscopique, la solution est aujourd'hui à la portée de tous. Combiné avec l'éclairage général, l'éclairage sous l'écran (tube à hélium) facilite singulièrement les interventions radiochirurgicales. C'est un éclairage sans ombre.

On pourra regretter, avec les tubes luminescents, un léger scintillement, que supprime un bon réglage de l'appareil de diathermie.

Moyennant certaines précautions, il est possible de développer un film sans le voiler, dans une salle munie de l'éclairage jaune.

Tout ce que nous venons d'exposer a été rapporté plus en détail par M. Henri Meas dans la thèse qu'il vient de soutenir à Lille, sous le titre : " Les examens radiologiques en salle éclairée. Avantages de l'éclairage localisé sous l'écran pour les interventions radiochirurgicales. "

LES THÈSES

Dr Charles Gros. — La radiothérapie de contact. (Thèse de Montpellier, 1943).

Premier travail français sur cette technique particulière de la rœntgenthérapie superficielle, la thèse du Dr Charles Gros a été élaborée dans le Centre régional anticancéreux de Montpellier (Pr Lamarque). Très utilisée à l'étranger, la radiothérapie de contact est peu connue en France. Elle s'adresse aux lésions de petites dimensions mises en " contact " du tube, c'est-à-dire aux lésions superficielles ou extériorisées par le chirurgien. Les résultats sont très encourageants. Pour les néoplasmes cutanés, ils sont comparables à ceux de la curiethérapie, Pour les cancers profonds, en particulier ceux du rectum, la radiothérapie de contact semble supérieure à la chirurgie.

René JOYEUX.

LES CONGRÈS

JOURNÉES GYNÉCOLOGIQUES DE DAX

(29-30 mai 1944) (suite et fin) (1)

La stérilité chez l'homme et son traitement

Par le Pr Darget

La stérilité chez l'homme est due à un trouble sécrétoire des testicules, à des lésions bilatérales des voies excrétrices ou à des troubles fonctionnels.

Les troubles sécrétoires des testicules (azoospermie, oligospermie) sont liés à l'atrophie congénitale des testicules, à l'atrophie acquise par inflammation bilatérale (oreillons, syphilis), à la stérilité précoce.

Pour tâcher d'y remédier, pratiquer la cure précoce de l'ectopie testiculaire, recourir à l'opothérapie testiculaire, antéhypophysaire, et surtout rechercher systématiquement la syphilis héréditaire ou acquise pour la traiter.

Les lésions des voies excrétoires capitales, comprennent l'atteinte bilatérale des épididymes (tuberculose, blennorrhagie, colibacille, staphylocoque), des canaux déférents, des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs.

On traitera systématiquement toutes les lésions prostato-vésiculaires. L'anastomose vaso-épididymaire exécutée suivant la technique de Martin est susceptible de donner 50 % de succès.

Les troubles fonctionnels, qui tiennent à l'existence d'un hypospadias ou d'un rétrécissement urétral, sont facilement curables. Ceux qui relèvent de troubles de l'érection ou de l'éjaculation comportent le traitement des inflammations prostato-vésiculaires souvent responsables, le recours à l'opothérapie, testiculaire, hypophysaire, associée à un traitement par cautérisations légères du veru montanum.

Le traitement de la stérilité chez l'homme est capable dans nombre de cas d'être couronné de succès.

L'hormone mâle en gynécologie

Pr Guy Laroche

L'être humain au point de vue des hormones sexuelles est bivalent, contenant à la fois de la folliculine et de la testostérone. Cela seul expliquerait les heureux résultats obtenus en gynécologie par l'administration de l'hormone mâle. Mais cette thérapeutique doit être adaptée aux différents cas selon les affections à traiter : troubles de la régulation, de l'ovulation, de la castration et de la ménopause, fibromes, etc. Elle réclame donc une connaissance précise des indications, des doses et des tempéraments.

En effet, certaines femmes jeunes ne supportent l'hormone mâle qu'à doses très faibles. Il semble qu'avec l'âge la tolérance augmente ; à partir de 40 ans, la tolérance est en général parfaite.

Les inconvénients sont légers, mais doivent être connus pour qu'on puisse arrêter la médication avant qu'ils ne s'accusent.

En ces dernières années, des greffes de testostérone ont été réalisées avec succès ; la méthode est intéressante, mais encore trop récente pour que ses indications puissent être données avec précision.

La médication de certains troubles d'ordre gynécologique par l'hormone mâle réserve au médecin, qui sait la prescrire, des succès éclatants. Ce sont souvent des améliorations et parfois des guérisons d'états morbides, qui sans elle seraient difficilement corrigés. Elle constitue en thérapeutique un progrès important.

(1) V. **Concours Médical**, n° 40-44, octobre 1944.

Les stases circulatoires pelviennes et leur physiothérapie

Par M. J.-A. Huet (de Paris)

L'observation de malades atteintes de stases circulatoires pelviennes devient de plus en plus fréquente. Celles-ci peuvent être dues soit à des désordres locaux (statiques, infectieux, congénitaux), soit à des lésions à distance (affections cardio-rénales, digestives, veineuses) dont elles ne sont qu'une manifestation périphérique.

Quoi qu'il en soit, leur traitement devra être tout d'abord médical, étiologique (anti-infectieux, endocrinien, circulatoire), mais ce traitement serait incomplet sans l'adjonction de la physiothérapie : électrothérapie, radiothérapie, massage, etc.

Le massage utérin est trop méconnu en France, et c'est dommage pour les malades atteintes d'affections consécutives à une stase circulatoire pelvienne.

L'ensemble de ces techniques diverses de physiothérapie permet de réaliser la régularisation de la circulation du petit bassin et de guérir ainsi les désordres qui en découlent.

Insémination artificielle

Pr Letard (Alfortville)

Les méthodes d'insémination artificielle, dont les premières applications à l'élevage datent du début du siècle, ont été étudiées activement en différents pays, notamment en U.R.S.S. et en Italie, depuis une quinzaine d'années.

Elles se proposent de remédier à certaines causes de stérilité, de résoudre quelques problèmes scientifiques (croisement de races disparates, hybridation); mais leur objet principal est de multiplier les possibilités des géniteurs d'élite.

De nombreux problèmes se sont donc posés, relativement à la récolte de la semence mâle, à son contrôle, à sa conservation, à son transport, à sa répartition, à sa dilution, à sa mise en place. Ces problèmes ont reçu aujourd'hui des solutions plus ou moins satisfaisantes, selon les espèces envisagées. Des résultats très favorables dans la pratique de l'élevage ont été déjà obtenus, notamment en ce qui concerne les espèces bovine et ovine.

L'application de la méthode n'est pas extrêmement difficile. Elle exige néanmoins l'organisation de stations bien équipées, pourvues d'un personnel spécialisé.

Vaccinothérapie en gynécologie

Par MM. L. Massé et R. Traissac

La vaccinothérapie curative en gynécologie reste peu employée, tout au moins comme méthode de choc, administrée soit par la " porte d'entrée " (Basset et Poincloux) soit par voie intraveineuse.

Elle donne cependant d'excellents résultats. Si ses indications ont notablement diminué depuis la découverte des sulfamides, elle s'applique encore aux très nombreux cas qui résistent à la chimiothérapie. Les deux méthodes peuvent d'ailleurs se combiner.

Les résultats actuels de MM. Massé et Traissac confirment ceux que l'un d'eux avait déjà obtenus dès ses premiers essais en 1931. L'action est très rapide sur les douleurs et sur la température, même lorsque celle-ci a résisté à la glace et aux sulfamides. Certaines pertes vaginales, qui persistent après la cicatrisation des métrites du col, disparaissent le plus souvent après la vaccinothérapie, alors que tous les traitements médicaux, y compris la diathermie et les pansements vaginaux, ont échoué. Enfin, les brûlures à la miction sont un des signes qui obéissent le mieux, le plus vite et de façon la plus définitive à la vaccination.

Les signes physiques, par contre, sont moins nettement influencés par ce traitement. L'amélioration qui se produit n'est pas assez rapide pour que l'on puisse attribue

au vaccin seul un rôle prépondérant dans sa production. Dans certains cas, cependant, que l'on peut évaluer à 20 % environ, la disparition particulièrement rapide de masses annexielles importantes peut être mise sur le compte du vaccin.

L'inconvénient pratique de la méthode réside essentiellement dans le choc qu'elle provoque, choc qui est d'ailleurs indispensable pour obtenir de bons résultats. Bien que MM. Massé et Traissac n'aient jamais observé d'accidents, il est indispensable que la malade soit sous une surveillance médicale régulière. Il ne s'agit pas, en effet, d'un traitement ambulatoire. La malade doit garder le lit au moins le jour de la piqûre et, quelquefois, le lendemain.

Mais les résultats obtenus compensent largement ces inconvénients. Ils sont tels que l'intervention chirurgicale, d'abord proposée après l'échec du traitement médical, d'ordinaire même longtemps prolongé et régulièrement suivi, a pu définitivement être écartée dans de nombreux cas, ce qui justifie amplement l'emploi de la méthode. En cas d'échec, elle a, au moins, le mérite de préparer de façon très efficace les malades à l'intervention.

L'expérience montre, en effet, que les suites opératoires sont toujours remarquablement simples même lorsque les lésions sont importantes et les manipulations opératoires longues et pénibles.

Quelques indications sur les implantations hormonales

Par I. Bernard

Les inclusions sous-cutanées d'hormone trouvent principalement leurs indications dans tous les troubles d'hypofonctionnement glandulaire.

A) L'estradiol : dans l'hypo ou l'anovarie (aménorrhées hypohormonales qui peuvent entraîner la stérilité, troubles de la castration et de la ménopause). Dans les aménorrhées hypohormonales chez les femmes jeunes, l'implantation d'estradiol entraîne le développement normal des seins atrophiés, soit primitivement, soit secondairement. Les bouffées de chaleur et le vaginisme consécutifs à la castration et à la ménopause sont très améliorés. L'auteur a expérimenté l'association de l'estradiol et de la progestérone, prescrite dans la seconde partie du cycle. Les injections parentérales de progestérone ou l'administration par voie linguale provoquent des cycles réguliers avec des règles normales. L'estradiol sans l'association de la progestérone provoque des cycles irréguliers avec des règles à type ménométrorragique. La dose varie de 25 à 50 mgr. suivant les sujets.

B) La testostérone agit comme antagoniste de la folliculine, et particulièrement en tant que frein hypophysaire (méno-métrorragies de la puberté et de la ménopause). Dans l'otospongiose elle paraît améliorer sensiblement les bourdonnements d'oreille, mais non la surdité. Dans l'impuissance masculine les résultats sont décevants. Seule la testostérone libre est bien tolérée ; l'acétate de testostérone s'élimine avec suppuration quinze jours après, et le propionate s'élimine semble-t-il sans suppuration. L'hormone mâle exige des doses dix fois plus fortes que l'estradiol, de 400 à 1.200 mgr.

C) La progestérone, en tant qu'hormone intermittente, est peu utilisée en implantation en dehors de la grossesse. Mais dans les menaces d'avortement, elle inhibe les contractions utérines, et est absolument indiquée. Il faut évidemment tenir compte des causes de spécificité. Les doses sont de 50 à 100 mgr.

D) Il est aujourd'hui classique d'ordonner l'implantation d'acétate de désoxycorticostérone chez les addisoniens. Mais il est nécessaire de stabiliser auparavant la maladie par injections parentérales afin de fixer une dose convenable et de ne pas provoquer l'effet inverse : œdème et hypertension.

Ces implantations peuvent être faites avec le trocart de Huet pour les doses minimes (estradiol - progestérone - désoxycorticostérone). La testostérone, qui est employée sous la forme de comprimés de 100 mgr., est implantée à l'aide du bistouri. Les comprimés nombreux doivent être séparés, afin d'offrir une plus grande surface de résorption.

LES LIVRES

Amédée **LEGRAND** et Jean **BERTRAND**, éditeurs

Mémento d'Hygiène sportive à l'usage des dirigeants et des médecins de Sociétés sportives, publié par la Commission médicale de la Fédération Française de Baskett Ball, sous la direction du Dr Charles Chuche. Préface du Dr Pierre Le Gô. Un vol., 196 p., 1944. Prix 40 fr.

Ce mémento réunit sous une forme pratique les diverses notions que le médecin de société sportive doit posséder Y sont successivement étudiés : l'hygiène générale du sport, le contrôle médical (certificat médical d'aptitude aux sports, fiches médicales individuelles), la prévention des accidents sportifs, leur traitement, l'orientation sportive, etc. Les médecins praticiens, appelés de plus en plus à intervenir dans les questions sportives, trouveront dans cet ouvrage, un guide écrit par un groupe d'auteurs particulièrement qualifiés.

VIGOT frères, éditeurs, Paris

J. Vanverts, professeur honoraire, et **R. Palliez**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. — **Le Nouveau-né.** Précis d'hygiène de la première enfance à l'usage des mères. Un vol., 77 p., 37 fig.

En rédigeant ce petit précis, les auteurs ont eu pour but d'exposer aux mères, d'une façon simple et précise, les soins à donner à leurs nourrissons. Ils leur ont indiqué, en ne négligeant aucun détail, les conditions exigées par une hygiène bien comprise pour assurer le développement normal des enfants et pour leur éviter les maladies.

Librairie MALOINE

M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas. — **Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. La thérapeutique hormonale des maladies digestives.** Un vol., 254 p., 1944.

Les auteurs présentent une étude des syndromes digestifs (en particulier des dystonies, spasmes ou atonies, des hémorragies, des ulcérations du tube gastro-intestinal) dans leurs rapports avec les perturbations hormonales. Ils montrent que la correction de ces déséquilibres hormonaux suffit très souvent à modifier heureusement le trouble digestif en cause, de même que l'administration d'une hormone mal choisie l'aggrave dans la plupart des cas. De leurs observations ressort la conclusion que les médications endocriniennes ont de nombreux titres à figurer dans la thérapeutique des syndromes digestifs puisqu'elles permettent la correction du terrain sur lequel évoluent ces syndromes. Il importe toutefois de s'efforcer d'établir, dans la mesure du possible, les indications desdites hormones et de les administrer avec une certaine prudence, en s'appuyant bien des fois simplement sur des probabilités cliniques, que le traitement d'épreuve vient confirmer ou infirmer.

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

Chez Maloine
Paris-Montpellier

G. Florence. — **Précis de chimie biologique et médicale.** Un vol., 1200 p., avec fig., 1944. Prix : 480 francs

L. Launoy. — **Eléments de physiologie humaine.** Un vol., 590 p., avec fig., 1943. Prix : 300 francs.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vaso-formation et polyangéies

(MM. Ch. Laubry et Jacques Louvel ; 4-4-1944)

A côté de la vaso-dilatation capillaire, observée dans diverses conditions physiologiques ou pathologiques, il convient de faire une place à la vaso-formation capillaire, dérivée d'une histogénèse vasculaire que M. Champy a pu mettre en évidence expérimentalement. En créant, chez le cobaye, des asphyxies tissulaires locales par oblitération des vaisseaux, cet auteur a vu se produire la régénération capillaire en question, régénération qui est exaltée par l'acide carbonique, alors qu'elle semble inhibée par l'oxygène.

M. Laubry a recherché les traces de cette vaso-formation — à laquelle il a appliqué le néologisme de " polyangéie " — dans les affections circulatoires, où l'asphyxie à tous les degrés est monnaie courante. Il a trouvé dans la cyanose cardiaque le premier exemple de polyangéie, exemple suivi par d'autres : polyangéies de l'acrocyanose, de l'érythro-cyanose sus-malléolaire, de l'érythrémie ; polyangéie des séquelles de phlébite, des neuro-endocrinopathies (de la ménopause, par exemple), etc.

Vaso-dilatation et vaso-formation sont d'ailleurs deux processus, qui s'intriquent. La vaso-dilatation apparaît comme le terrain d'élection de la prolifération vasculaire.

Une modalité nouvelle de la psychothérapie

(M. Laignel-Lavastine ; 4-4-1944)

M. Laignel-Lavastine expose une modalité nouvelle de psychothérapie, qui est appliquée au centre de rééducation sociale de la rue Erlanger. Ce centre recueille les psychopathes qui lui sont adressés par différents services sociaux, en particulier par le service d'invalidité des assurances sociales. Il s'agit généralement de sujets au psychisme troublé, " laissés pour compte " des thérapeutiques courantes et des consultations neurologiques. La méthode employée vise à établir, chez ces malades, une ambiance morale de soutien, de réconfort, faite d'intérêt affectueux pour les longs récits de leur détresse morale, technique morale préludant à l'observation purement médicale.

Depuis le début de son fonctionnement, le centre, que dirige Mme de Volkoff, a pu rendre à la vie normale, grâce à cette forme nouvelle de psychothérapie, 60 personnes sur 63 traitées. De ce fait, des sujets considérés comme parasites pour l'activité sociale, ont pu devenir des membres utiles de la société. Il y a là une première réalisation pratique d'une psychothérapie nouvelle n'ayant pas encore été appliquée en France.

Micro-réactions (réactions sur buvard) pour les enquêtes de prophylaxie antivénérienne.

(Mlle Madeleine Héry. — Présentation par M. Gougerot; 4-4-1944)

Plusieurs auteurs, notamment Demanche, Ko-Da-Guo et Giacardy ont établi des méthodes de micro-réactions sérologiques, utilisables dans les grandes collectivités pour les enquêtes de prophylaxie antivénérienne, analogues aux enquêtes de dépistage de la tuberculose. Avec ces procédés, le prélèvement sanguin est fait rapidement, par simple piqûre à la pulpe digitale ou au lobule de l'oreille, la quantité de sang nécessaire étant minime. Le sang est recueilli sur un papier-buvard, qui est ensuite détrempé dans un tube contenant l'antigène.

Mlle Héry signale une modification technique apportée par elle à ces micro-réactions et qui permet une imbibition plus régulière des buvards.

Sulfamidothérapie et sulfamido-résistance

(M. A. Jaubert. — Présentation par M. Laubry ; 18-4-1944)

L'auteur note une augmentation des cas de sulfamido-résistance, en particulier dans la blennorrhagie. Pellerat, au cours d'une enquête portant sur un millier d'observations, l'a constatée, chez l'homme, à un fort pourcentage. Griveaux et Broussegoutte, à Clermont-Ferrand, ont enregistré une augmentation considérable des cas de sulfamido-résistance dans certaines maisons de tolérance où les pensionnaires prenaient au repas, à titre prophylactique, deux comprimés de sulfamides.

Les travaux les plus récents tendent à prouver que la sulfamido-résistance est ici facteur de traitement insuffisant et de l'utilisation de trop faibles doses de médicament. Pour éviter ces phénomènes de sulfamido-résistance, M. Jaubert conseille une sulfamidothérapie précoce, à posologie forte (sans exagération cependant), de courte durée (5 ou 6 jours), en utilisant conjointement toute médication adjuvante non incompatible. La pratique des petites doses fractionnées, à titre prophylactique ou pour une cure prudente, dans la blennorrhagie, est à rejeter.

M. Milian estime que si la sulfamido-résistance du gonocoque est chose possible, il y a bien des cas où celle-ci est décrétée alors qu'il s'agit de doses insuffisantes ou de la pratique défavorable des doses régressives. La posologie doit être massive d'emblée et rester telle cinq à sept jours. Cessation brusque du médicament, à ce moment ; repos de cinq jours, et recommencer lorsque le résultat n'est pas obtenu. Si, après une pareille cure, la blennorrhagie persiste, il est un vieux remède qui fait alors merveille : le santal.

P. L.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur le traitement des hernies crurales et inguinales étranglées avec gangrène de l'intestin.

(MM. Pierre Brocq et R. Chabrut ; 9-2-1944)

A propos d'un travail de M. Chabrut, M. Brocq a ouvert, à l'Académie de chirurgie, une discussion sur le traitement des gangrènes de l'intestin par étranglement herniaire. Il propose, à cette discussion, les conclusions suivantes :

En retardant, ne fût-ce que de quelques heures, la kélotomie, on risque de laisser s'installer des lésions gangréneuses sur l'intestin. La mortalité est, dans ce cas, au moins quadruplée.

Le meilleur traitement de la gangrène herniaire sans phlegmon stercoral est l'entérectomie à l'anesthésie locale, en enlevant largement tout l'intestin sphacélé.

Les phlegmons stercoraux herniaires, malgré leur gravité considérable, peuvent être guéris parfois par incision simple du sac et anastomose intra-abdominale entre les pieds de l'anse herniée.

Sur les métrorrhagies de la ménopause

(M. Moulonguet ; 9-2-1944. — M. Sénèque ; 16-2-1944. M. Rouhier ; 15-3-1944)

Dans un rapport sur une observation de MM. Ducuing, Guilhem et Grimoud (de Toulouse) concernant une femme de cinquante-neuf ans, ménopausée depuis sept ans et atteinte de métrorrhagies provoquées par une petite tumeur ovarienne, M. Moulonguet envisage le problème thérapeutique que posent les métrorrhagies, chez la femme après la ménopause.

Il peut s'agir d'un cancer utérin ou, d'autres fois, d'une tumeur de l'ovaire, qu'elle soit ou non endocrinienne. Dans les deux cas, il y a néoplasme, ou malin, ou à évo-

lution imprévisible. La castration avec hystérectomie est alors la seule conduite à tenir. Il serait sans doute mieux d'intervenir opératoirement avec un diagnostic précis, mais faut-il, pour avoir la preuve histologique du cancer, recourir au curetage? M. Moulonguet est très partisan des curetages d'exploration et du cyto-diagnostic en gynécologie chez les femmes adultes jeunes ; il pense, par contre, que pour les métrorrhagies après la ménopause, on est autorisé à opérer sans avoir fait le diagnostic formel entre cancer utérin et tumeur ovarienne. Chez les femmes âgées, où l'on suspecte toujours un cancer, le danger du curetage est grand (perforation possible du myomètre, aminci par le néoplasme).

— M. Sénèque, dans les métrorrhagies post-ménopausiques, distingue plusieurs cas. 1er cas : le toucher vaginal révèle une lésion utérine. Il pratique l'hystérectomie. 2e cas : le toucher vaginal est négatif, mais la malade a de la fièvre ou a des pertes à répétition fétides. Il pratique également l'hystérectomie sans recourir préalablement ni au lipiodol intra-utérin, ni au curetage biopsique. 3e cas : le toucher vaginal est négatif ; la femme n'est pas fébricitante et les pertes n'ont aucune odeur. Dans ce cas, il fait faire une hystérométrie et, si l'examen lipiodolé est négatif, il a recours au curetage biopsique. Lorsque celui-ci ne donne pas de solution positive, il soumet la malade à l'hormonothérapie par l'acétostérandryl et pratique l'hystérectomie si les métrorrhagies persistent après ce traitement.

— M. Rouhier, dans sa pratique, rejette à peu près constamment le curetage et les biopsies chez les femmes ménopausées suspectes de cancer du corps utérin. Ces manœuvres, dans les cas où il y a cancer, sont dangereuses. D'autre part, une biopsie même négative n'est pas ici concluante, la curette pouvant passer à côté d'une lésion à son début. J.-L. Faure et la plupart des auteurs français admettent que les métrorrhagies des femmes ménopausées sont, neuf fois sur dix, le fait d'un cancer de l'utérus. M. Rouhier signale en outre, au cas d'utérus cancéreux, la possibilité après curetage de périmétrites phlegmoneuses graves, même sans perforation.

L'infiltration novocaïnique du sinus carotidien à la phase de collapsus des péritonites aiguës diffuses.

(M. Wilmoth ; 16-2-1944)

M. Wilmoth rapporte deux nouvelles observations, l'une de M. Forget (d'Issoire); l'autre personnelle, de collapsus péritonéal guéri à la suite d'une infiltration novocaïnique du sinus carotidien.

Pour les chirurgiens, le collapsus péritonéal est le terme ultime d'une péritonite aiguë diffuse évoluant vers l'issue fatale. Ce collapsus se traduit par l'imperceptibilité du pouls, la chute complète ou au voisinage de zéro de la tension artérielle, la cyanose de la face et des extrémités qui sont froides, la respiration irrégulière et superficielle, le coma. Comme dans le shock traumatique, la chute de la tension artérielle est le fait dominant.

Dans les cas relatés par M. Wilmoth, l'infiltration novocaïnique d'un ou des deux sinus carotidiens a amené la guérison d'états indéniables de collapsus péritonéal. L'auteur rappelle la technique assez simple de l'injection périsinusale : se repérer d'après le bord supérieur du cartilage thyroïde, enfoncer l'aiguille progressivement jusqu'à 4 centimètres de profondeur, n'injecter qu'au fur et à mesure la solution de novocaïne.

Algies diffusantes post-traumatiques

(M. Luzuy, de Blois. — Rapport de M. André Sicard ; 16-2-1944)

M. Sicard rapporte 4 observations de M. Luzuy concernant des algies diffusantes intenses, apparues quelques jours après un traumatisme peu considérable (décharge de courant électrique au niveau de la main, morsure de l'index par un chat, chute sur l'épaule). Guérison par infiltrations stellaires.

Ces algies diffusantes, malgré leur acuité, ne sont pas d'ordre névritique. L'efficacité des infiltrations sympathiques confirme d'ailleurs leur origine sympathique. La notion de terrain et une sensibilité particulière à tout ce qui est susceptible de rompre l'équilibre végétatif peuvent être invoquées.

— MM. L. Bazy et Moulonguet font des réserves au point de vue de l'absence d'altération des nerfs, pour ce qui concerne les deux malades électrocutés à la main. Il est possible que des phénomènes d'électro-dégénérescence aient succédé à la décharge du courant.

— M. Sicard ajoute aux cas de M. Luzuy deux observations nouvelles, dues à M. Lebel (de Mantes), d'algies diffusantes post-traumatiques apparues, l'une après une blessure légère d'un doigt par couteau malpropre, l'autre après une coupure profonde de l'index par un fragment de tôle. Guérison par infiltrations stellaires.

Hormones mâles et lésions du sein

(M. P. Moulonguet ; 16-2-1944. — M. Desmarest ; 23-2-1944)

S'appuyant sur une trentaine d'observations de kystes mammaires, d'engorgements mammaires, de maladie de Reclus, traités par la testostérone, M. Moulonguet ne croit pas que l'hormone mâle ait une action manifeste sur les lésions dystrophiques du sein. Si la testostérone est efficace pour soulager les douleurs mammaires observées en pareille circonstance, cette action ne doit pas endormir l'attention du clinicien et provoquer une temporisation du diagnostic en matière de cancer du sein.

— M. Roux-Berger approuve sans réserve l'opinion de M. Moulonguet. A la Fondation Curie, il observe beaucoup de tumeurs du sein de toutes natures et il est frappé de l'usage abusif fait de l'hormone mâle chez de telles malades. Elle est administrée quelquefois à des femmes atteintes de tumeurs mammaires offrant déjà des signes de malignité. L'usage de l'hormone mâle dans un but de diagnostic d'une tumeur du sein n'est pas défendable.

— M. Desmarest est également d'avis qu'il ne faut pas demander à l'hormonothérapie d'agir sur des lésions fixées et irréversibles et que cette thérapeutique doit être proscrite si la clinique oriente vers l'idée d'une transformation néoplasique. Mais, employée dans les cas de congestion mammaire prémenstruelle, à un moment convenable et à des doses réglées suivant les effets obtenus, l'hormone mâle peut donner des résultats intéressants. Elle intervient alors pour annihiler l'effet congestionnant de la folliculine au niveau des seins. Son administration doit être faite toutefois au moment de la poussée folliculinique (annoncée par les petits phénomènes répondant à la phase d'ovulation : sensibilité des seins, léger gonflement de ceux-ci, etc.). Il faut chercher par tâtonnements la période la plus favorable et la dose convenable.

P. L.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17-3-1944

Grossesses tubaires bilatérales simultanées

M. L. Bonnet rapporte un cas de **M. Auclair**, dont le diagnostic fut très difficile en raison des symptômes à bascule. Il n'a été posé qu'après la rupture d'une des trompes, mais la deuxième qui contenait un œuf du même âge était déjà fissurée. Les grossesses tubaires bilatérales ne sont pas exceptionnelles ; il s'agit presque toujours de grossesses successives, alors qu'ici, il s'agit de grossesses simultanées, beaucoup plus rares.

Grossesse ectopique abdominale de cinq mois

M. L. Bonnet rapporte un cas de **M. Auclair**, où le diagnostic n'a été posé qu'au cours de la laparotomie pra-

tiquée en raison de phénomènes péritonéaux aigus déterminés par l'ouverture du sigmoïde, sur lequel le placenta était en partie inséré. Dans l'impossibilité d'extirper le placenta, celui-ci est laissé en place après marsupialisation et drainage de la poche fœtale. Guérison et fermeture de la fistule stercorale en quarante-cinq jours.

Chylopéritoine monstre et pancréatite totalement muette

M. Beaussenat présente l'observation d'un homme de 42 ans, qui présentait une ascite énorme (16 lit.), laquelle, à l'intervention, se révéla être chyliforme en même temps qu'il fut constaté la présence d'une pancréatite œdémateuse de la tête ayant évolué sans douleur. Drainage prépancréatique, guérison.

A propos de la radiothérapie massive postopératoire dans le cancer du sein

M. Joly, à propos de trois cas opérés et traités ensuite par des irradiations à doses massives avec mauvais résultats, s'élève, une fois de plus, contre l'emploi de cette méthode. Il reste partisan des doses réduites, une seule séance tous les trois mois pendant deux ans, de façon à obtenir la sclérose du champ présumé infesté de cellules cancéreuses. Sa statistique donne ainsi 74 % sans récidive ni métastases après cinq ans.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 8-2-1944

Sulfamidothérapie des affections aiguës

(MM. Courtois et Mauviel)

1. Rapport entre les doses injectées et la durée du traitement. Chez les femmes jeunes non tarées, les infections aiguës du post-partum et du post-abortum cèdent très souvent à des doses de sulfamides solubles injectées en 24 ou 48 heures à des taux élevés : 24 à 40 gr. Des graphiques schématiques concrétisent les différents modes d'application de ces sulfamides solubles en fonction du temps, de la dose par 24 heures et de la dose totale. 2. Rapport entre la dose injectée et les taux sanguins et urinaires. Ces doses importantes de sulfamides solubles permettent d'obtenir, 12 heures après, une sulfamidémie variant entre 6 et 8 mmgr. pour cent. Quarante-huit heures après, le sang contient encore 1 mmgr. pour cent de sulfamide. Dans l'application de sulfamide en poudre sous-péritonéal au cours de césarienne segmentaire, la sulfamidémie est trois ou quatre fois moins importante qu'avec les mêmes doses employées par voie intramusculaire.

LA PRESSE

Traitement des recto-colites hémorragiques. — *J. J. Dubarry* établit l'inefficacité de la plupart des traitements actuels de la recto-colite hémorragique. Quand un traitement antiamibien d'épreuve, à faire systématiquement d'emblée, a échoué, permettant d'écarter définitivement le diagnostic de dysenterie amibienne, les traitements proprement dits de la recto-colite hémorragique doivent être institués. Seuls, opothérapie hépatique, vitamine K en injections intramusculaires, traitement local (sulfamide pour les formes infectées, purulentes, et vitamine A pour la cicatrisation des lésions) paraissent avoir, mais de façon inconstante, une efficacité relative. En outre, les transfusions sanguines répétées ont paru, dans les formes graves, amorcer l'amélioration de la poussée hémorragique. Quant à la chirurgie, sous forme d'intervention, d'exérèse ou de dérivation, elle ne donne, elle aussi, que des résultats inconstants. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 juin 1944.)

Sur une « brillantine » constituée par de l'aniline pure. — *MM. Benoist, Griffon, Postic et Rouflet* signalent le cas d'un magasin de parfumerie qui avait vendu de l'aniline pure pour de la brillantine. Le malade, qui en avait usé, avait présenté de la cyanose des lèvres, des conjonctives et des ongles deux heures après l'application de cette brillantine. Ces accidents disparurent très rapidement après un lavage complet des cheveux. L'examen spectroscopique du sang n'avait pas révélé la présence de méthémoglobine. Il existe une formule de brillantine dans laquelle il entre 8 gouttes d'aniline pour 2 kilos de glycérine. Mais on peut supposer qu'un fabricant n'ayant plus les substances grasses habituelles pour préparer une brillantine selon l'usage, toutefois possédant une certaine quantité d'aniline, produit huileux et aromatique, aura été tenté d'employer exclusivement ce produit. Or, on sait que l'aniline est toxique par toutes les voies principales d'introduction dans l'organisme : ingestion, inhalation, application sur la peau. C'est un poison méthémoglobinisant. (*Annales de Médecine légale*, n° 3-4 de 1944.)

La pénicilline et ses applications thérapeutiques. — La pénicilline provient d'une découverte accidentelle : la contamination d'un milieu de culture par une moisissure voisine de celle du fromage, le *penicillium notatum*, sous l'influence de laquelle la plupart des microbes Gram positifs avaient disparu. La chimiothérapie antibactérienne vient, d'ailleurs, de s'enrichir d'un nouveau groupe de substances fort intéressantes extraites des moisissures. La pénicilline s'est révélée très efficace contre les staphylocoques, les pneumocoques et, à un degré moindre, les streptocoques. Sa production offre encore quelques difficultés ; c'est ainsi qu'il faut 160 litres de culture pour produire 10 grammes de pénicilline dans les conditions les plus favorables.

Ce médicament, *in vitro*, 100.000 fois plus actif que les sulfamides, est remarquablement toléré. Il n'est pas destiné à remplacer les sulfamides, il les complète et les supplée là où leur activité est la plus faible. Son action serait bactériostatique, les germes étant ensuite détruits grâce aux défenses naturelles de l'organisme. L'action de la pénicilline étant fortement augmentée par l'association des sulfamides, ceux-ci seront toujours administrés en même temps qu'elle dans les affections graves ; cette combinaison permet, d'ailleurs, disent *R. Martin* et *B. Sureau*, de diminuer les doses des sulfamides, en accroissant également leur activité et d'obtenir des guérisons plus rapides avec une fatigue moindre pour le malade.

Inefficace *per os* et peu efficace par voie parentérale, la pénicilline doit être employée localement : injections dans le tissu lésionnel même et à son voisinage pour les furoncles et anthrax ; applications locales pour les plaies et les brûlures ; injections intrarachidiennes dans les méningites à straphylocoques et à méningocoques. (*Paris Médical*, 10 juin 1944.)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

AU SUJET DE LA RECONSTRUCTION

Cette guerre, plus que toute autre, est caractérisée par une destruction barbare de villes et de villages qu'il faudra restaurer et la plupart reconstruire. En France, la tâche des urbanistes, des architectes, des hygiénistes sera considérable. Nous aurons à nous défendre des innovations audacieuses et téméraires qui, sous prétexte de progrès et d'économie, feraient perdre dans une choquante uniformité le caractère pittoresque de nos provinces.

S'il faut en croire M. Amiguet (1), des architectes américains songeraient, dès à présent, à la reconstruction des villes et des villages de France et se livrent à des projets que nous croyons être des mystifications de leurs prétendus auteurs. *La Tribune de Genève* cite le merveilleux plan de M. Fuller. Jugez-en :

« M. Fuller a établi un modèle de maison qui peut être édifiée en quelques heures. Il l'a baptisée « dymasion » : « La dymasion possède un mât central en acier surmonté d'un cône en cellulose. Le mât contient une installation de chauffage et d'éclairage. Le cône laisse pénétrer à l'intérieur de la maison la lumière du jour reflétée par des plaques métalliques posées sur les parois, parois en cotonnade. Il n'y a pas de salle de bains dans cette construction ; elle est remplacée par une sorte de canon projetant un mélange composé d'air comprimé, d'eau et une solution spéciale. « Les ordures ménagères transformées en gaz méthane, alimentent l'appareil de chauffage et d'éclairage. La cuisine est faite au moyen d'un appareil qui fait cuire les aliments dans leur jus par l'effet de l'air raréfié. Le sol est recouvert de caoutchouc. »

Nous ne nous attarderons pas à discuter le plan de M. Fuller dont la conception demanderait quelques explications, mais ce n'est pas tout. Certains architectes prétendent que la vie sociale sera transformée en Europe après la catastrophe et que le « nomadisme » succédera au « sédentarisme ». C'est pour répondre aux nécessités de ce nouvel ordre de choses que M. Fraeser a projeté une maison transportable qui offre les avantages du confort le plus moderne.

Les matériaux de construction doivent être uniformisés. Tout sera en aluminium d'après M. Dobson, et l'on nous réserve une débauche de constructions à *n* étages en béton armé du plus plaisant effet.

Tout cela au nom du confort moderne et du progrès. Nous ne sommes pas ici leurs ennemis, mais il faudrait les envisager avec quelque bon sens et un peu de sens pratique.

Actuellement existent des maisons ultra-confortables pourvues du chauffage central et des installations électriques les plus perfectionnées pour la cuisine, la salle de bains, le cabinet de toilette, etc., et où on a négligé de construire des cheminées, considérées comme inutiles. Les habitants, en cas de panne du courant électrique, sont dans le plus grand embarras.

A la fin de la guerre, il faudra sérieusement veiller aux reconstructions de notre pays pour qu'il ne devienne pas le terrain d'essais de toutes les fantaisies.

(1) *Le Mois Suisse*, mai 1944 : La France meurtrie.

Dans deux gros volumes (1), le Dr Gaston Daniel et M. Albert Daniel, hygiéniste, ont consacré un long chapitre sur la modernisation des villes et la construction des cités futures. Les auteurs ont accumulé des documents intéressants sur les nouvelles constructions de l'Ancien et du Nouveau Mondes. Il sera très utile de prendre connaissance de cet ouvrage quand il s'agira de reconstruire nos villes détruites et de réparer nos dévastations. Mais nous serons bornés dans nos efforts par l'ampleur de la tâche et les moyens limités dont nous disposerons. Il faudra lutter contre deux maux que M. Le Corbusier, l'architecte réputé, a mis en lumière dans une communication à l'Association des Constructeurs et des Architectes ; les deux maux dont souffrent les habitations en France, ce sont la malpropreté dans les campagnes et le surpeuplement dans les villes. Combattre le surpeuplement, c'est condamner implicitement les gratte-ciel. Le surpeuplement est surtout déterminé par les usines qui forment une ceinture déplaisante à nos plus belles cités. M. Le Corbusier propose de construire les usines le long des canaux et des voies de chemin de fer qu'elles utiliseraient en faisant des agglomérations linéaires le long de leur trajet. On pourrait édifier, en face, des cités-jardins pour loger les ouvriers employés aux usines. Les villes seraient réservées aux administrations, aux établissements d'instruction publique, au commerce qui en occuperaient le centre. A la périphérie seraient construits des cottages, des villas, des hôtels, des habitations, entourés de jardins ou de parcs. La ville s'étendrait en surface plutôt qu'en hauteur. Il faudrait prendre modèle non sur New-York, ni sur Chicago, mais sur Los Angeles. Cette dernière cité compte actuellement une population égale à la moitié de celle de Paris et occupe une surface dix fois plus grande que celle de notre capitale. Avec les moyens de communication modernes et variés, cette conception de la grande ville, entourée d'une ceinture de maisons peu élevées, construites çà et là dans des parcs ne présente pas d'objections sérieuses.

Il faudrait que les architectes s'efforçassent de s'inspirer du style traditionnel des constructions locales. Ce style a le plus souvent sa raison d'être. Il ne faudrait pas construire un chalet normand sur la Côte d'Azur, ni pourvoir de terrasses les chalets dans les montagnes où tombent des neiges abondantes.

Nous condamnerons la construction en série. Certaines entreprises vantent ce mode de construction, en font surtout ressortir les avantages économiques. Nous admettons la série quand il s'agit de matériaux de construction qui bénéficient des progrès de la technique moderne, mais nous trouvons déplaisant tout un quartier dont les maisons, parfois luxueuses, sont de même style. Il faut se rappeler que

L'ennui naquit un jour de l'uniformité.

J. Noir.

(1) Dr Gaston Daniel et Albert Daniel. *Arts et Techniques de la Santé.* Doin et Cie, Paris, 1937.

LES CONDITIONS ACTUELLES DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE

En suite de l'annulation ou de l'abrogation des lois sur l'exercice de la médecine par les étrangers et par les Juifs, ainsi que des lois sur l'Ordre des Médecins, la loi du 26 juillet 1935 est redevenue, sans fioruture ni addition, le texte de base sur l'exercice de la médecine. Avec la loi du 30 novembre 1892, elle servira de fondement à notre étude.

Nous ferons aussi une place à l'ordonnance du 18 octobre 1943, publiée à Alger, mais qui ne l'ayant pas été en France n'y est par conséquent pas applicable : ceci afin de dégager non seulement ce qui est mais ce qui va naître, car on voit mal, dans celles des dispositions de l'ordonnance du 18 octobre 1943 ayant trait à l'exercice de la médecine, ce qui pourrait sérieusement faire obstacle à leur publication rapide et sans transformation profonde. (Il en va autrement de celles de ces dispositions relatives à l'organisation professionnelle).

I. Conditions légales d'exercice

Elles sont actuellement au nombre de deux.

A. Il faut tout d'abord être muni du diplôme d'Etat français de Docteur en médecine (loi du 26 juillet 1935, art. 1er). Cela va de soi et nos lecteurs connaissent parfaitement la question ainsi que les problèmes posés par les *élèves* et *internes* et par les *remplaçants*. Toutes ces dispositions sont reprises en substance par l'ordonnance du 18 octobre 1943.

Qu'en est-il par contre des *diplômes étrangers* ? La loi du 22 novembre 1941, aujourd'hui annulée par l'ordonnance du 11 octobre 1944, ne prévoyait évidemment pas l'utilisation de tels diplômes en France. Cette loi disparue, la loi du 26 juillet 1935 laisse le champ libre à des conventions diplomatiques en ce domaine, et permet notamment aux médecins sarrois qui ont obtenu la nationalité française avant le 1er mars 1935, l'usage en France de leur diplôme étranger.

Ici, force nous est de signaler une des nombreuses anomalies législatives de l'heure. L'ordonnance du 18 octobre 1943 — non publiée, non applicable — prévoit un décret d'application. Or, ce décret, qui porte lui aussi la date du 18 octobre 1943, a été publié dans la métropole. Il y est donc applicable. On aboutit à ce paradoxe qu'est aujourd'hui en vigueur en France le texte d'application d'une loi qui, elle, est encore dans les limbes... et ce cas vraiment curieux n'est pas unique, qu'on le sache. Or, que dit ce décret du 18 octobre 1943 ? Il reprend purement et simplement les articles de la loi du 26 juillet 1935 qui règlent : 1° les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme étranger peuvent postuler le diplôme d'Etat français (justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au Doctorat d'Etat français et satisfaire à tous les examens) ; 2° et celles dans lesquelles les étudiants étrangers peuvent s'inscrire dans les Facultés en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français (justifier des titres initiaux français requis par les règlements — aucune dispense d'examen ou de scolarité). Du fait de ce texte, la loi du 26 juillet 1935 devient sur ce point, on le voit, inutile et désuète bien que non abrogée.

B. La seconde condition exigée par la loi est la **qualité de citoyen français**, ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France (loi du 26 juillet 1935, art. 1er). Tel est le principe, repris aussi par l'ordonnance d'Alger qui ajoute « ressortissant de pays placés *sous mandat* ».

Mais une sérieuse entorse est faite à ce principe : la loi de 1935 permet aux médecins *étrangers non naturalisés* autorisés à exercer en France avant le 26 juillet 1935 de continuer leur exercice. Quant à l'ordonnance d'Alger, elle accorde ce bénéfice à tous les médecins étrangers exerçant au 3 septembre 1939. Le législateur manifeste le souci de ne pas toucher aux situations acquises.

Quant aux *étrangers naturalisés*, leur sort est maintenant réglé par ce même décret du 18 octobre 1943 dont nous avons étudié plus haut les dispositions relatibes au diplôme. Ce décret, là encore, a repris sans en changer un iota les dispositions de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, ajoutant seulement la mobilisation au cours de la guerre actuelle comme titre permettant l'exercice immédiat de la médecine. Peut-être faudra-t-il y voir figurer sous peu les états de service dans la Résistance... Rappelons que les délais d'attente imposés avant tout exercice sont, selon les cas, égaux à la durée ou au double de la durée du service militaire non accompli, et que pour l'accomplissement de fonctions ou emplois de médecine publique (que le texte oublie d'ailleurs de définir) le délai est uniformément de cinq ans.

Notons ici pour mémoire que les *israélites* ont recouvré une pleine liberté d'exercice puisque la loi du 9 août 1944 a annulé tous les textes de Vichy établissant ou appliquant une discrimination fondée sur la qualité de juif.

C. Avant l'abrogation de l'Ordre des Médecins la loi du 26 juillet 1935, complétée sur ce point par la loi du 26 mai 1941, exigeait comme **troisième condition l'inscription au tableau de l'Ordre**. Il n'en faut plus parler... mais, symptôme précieux, l'ordonnance du 18 octobre 1943 rétablit cette troisième exigence. L'Ordre, tel le Phénix, renaîtra sans doute de ses cendres. Aux termes de cette ordonnance, le premier tableau de l'Ordre qui serait dressé grouperait d'ailleurs de droit tous les médecins inscrits sur les listes départementales tenues dans les préfectures. Ainsi risquerait-on de faire rentrer dans le troupeau quelques indésirables que l'Ordre « ancienne manière » avait réussi à éliminer. Bien que cela déborde un peu les limites de l'épure, nous signalons ce danger à qui de droit pour que, puisqu'il est encore temps, il puisse y être paré.

II. Formalités administratives

Avec les articles 9 et 10 de la loi du 30 novembre 1892 on revient aussi au passé, puisque les formalités supplémentaires imposées par la loi du 26 mai 1941 et tenant à l'existence de l'Ordre sont supprimées. La substance de ces formalités est reprise par l'ordonnance du 18 octobre 1943.

III. Le délit d'exercice illégal

Il continue à être *défini* par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 modifiée par celle du 26 mai 1941. (Sur ce point, en effet, cette dernière loi conserve toute sa force, puisque ses dispositions ne concernent ni l'Ordre, ni les médecins étrangers). Cette définition classique : « *prendre part, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur, habituelle-*

ment ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales » est reproduite essentiellement par l'ordonnance du 18 octobre 1943 qui y ajoute expressément — et c'est logique — le fait d'exercer sans être inscrit au tableau de l'Ordre. Mais — omission grave et que l'on veut espérer fortuite — *l'ordonnance-fantôme algéroise a excepté de la définition du délit l'utilisation des rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique.* L'introduction de cet élément dans la loi de 1892 est due à la loi du 16 mars 1934. Son utilité n'a jamais été contestée. Là encore, avant publication en France, le législateur serait bien inspiré en remettant sur le métier l'ouvrage fait à Alger.

Toujours dans le domaine de la définition du délit, une conséquence importante de l'abrogation de la loi du 10 septembre 1942 se manifeste. On se souvient peut-être qu'aux termes de l'article 54 de cette loi était passible des peines prévues pour l'exercice illégal toute personne se livrant irrégulièrement *à l'exercice répété d'actes médicaux* : définition beaucoup plus extensive que celle de la loi de 1892 à laquelle elle venait se surajouter. Nous nous étions réjouis ici de voir la Loi suivre l'évolution de la médecine, déborder le cadre étroit de la médecine de soins et protéger et encadrer ceux qui pratiquent médecine du travail, médecine de contrôle, médecine préventive, etc. La disparition, probablement involontaire, de ce texte constitue une régression que nous souhaitons voir rapidement rattrapée.

Quant à la *répression du délit*, rien de nouveau si ce n'est que, puisque Ordre il n'y a plus, ce ne sont plus les Conseils de l'Ordre mais les Syndicats qui sont compétents pour saisir les tribunaux et se porter partie civile en cas d'infraction.

IV. Autres délits

L'usurpation du titre de docteur en médecine et l'exercice sous pseudonyme (interdit par la loi du 26 mai 1941) continuent à être réprimés, et l'ordonnance d'Alger fait écho sur ce point.

V. Législation du temps de guerre

Est, bien entendu, toujours en vigueur le décret-loi du 1er septembre 1939 relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, et qui permet la *réquisition* pour les besoins de la Santé publique de *tous les médecins non mobilisables*, de nationalité française ou ressortissants français. De cette loi, le Gouvernement de Vichy avait fait un assez large usage. Il est toujours possible que les circonstances de guerre contraignent le gouvernement actuel à suivre sur ce point les traces de Vichy.

A repris son actualité le décret du 15 mai 1940 qui permet, pendant la durée des hostilités, de donner l'autorisation d'exercice aux *médecins français ou étrangers* titulaires du diplôme français de docteur en médecine (diplôme d'Etat ou d'Université) et *qui n'étaient pas autorisés par les dispositions légales en vigueur à exercer au* 15 *mai* 1940. Cette faculté donnée au Ministre de la Santé publique est, selon nous, plus théorique que pratique — et c'est heureux — puisque le décret spécifie qu'il ne doit être fait appel à ces médecins de « renfort » qu'en cas de carence absolue de médecins français.

Aucune mesure ne limite plus de façon générale la liberté d'installation des médecins : décret du 20 mai 1940 et loi du 2 avril 1941 sont devenus de mauvais souvenirs depuis la loi du 28 août 1942 qui les a abrogés.

Par contre, une limitation particulière subsiste en faveur des *médecins prisonniers* et plus généralement de *tous les médecins retenus en captivité* c'est-à-dire déportés politiques, etc... Une ordonnance du 22 août 1944 a, en effet, validé les dispositions essentielles de la loi du 28 août 1942. Le principe de l'*interdiction de toute installation autre que provisoire* aux lieu et place des médecins retenus en captivité subsiste, ainsi que les dispositions relatives à l'établissement du périmètre de protection dans les communes où exerçaient avant le 3 septembre 1939 moins de cinq médecins ; de même, dans les communes où exerçaient plus de cinq médecins, sont maintenues les dispositions relatives à l'abandon au profit des médecins prisonniers, des emplois de médecine publique ou privée.

Par contre, signalons quelques modifications importantes : alors que la loi du 28 août 1942 ne protégeait que les médecins ayant passé au moins dix-huit mois dans les camps, la nouvelle rédaction profite à tous ceux qui n'ont été captifs que douze mois. Mais elle déchoit de ce bénéfice les médecins partis pour la relève que la loi du 24 décembre 1942 était venue protéger. Nous avouons regretter cette sévérité qui se justifie mal : il ne faut pas confondre relève médicale et relève ouvrière. Nous sommes bien placés pour savoir que les médecins partis pour la relève, quand ils étaient volontaires, l'étaient par pur esprit de solidarité confraternelle, et que la relève médicale n'a en aucune manière favorisé l'effort de guerre allemand puisque, nombre pour nombre, sont rentrés autant de médecins qu'il en était parti.

Enfin, bien entendu, a été supprimé l'article 6 de la loi du 28 août 1942 qui mettait à la disposition des jeunes médecins revenant de captivité les postes vacants de médecins étrangers.

Conclusion

Tel est l'état actuel de la réglementation. Peu de nouveautés, on le voit, si l'on fait abstraction de l'abolition des mesures raciales et xénophobes prises par Vichy.

Mais, moins apparent que dans le domaine de l'organisation professionnelle, le désordre législatif en cette matière est néanmoins fort perceptible. Il suffirait pour y mettre fin de publier rapidement, en tenant compte si possible des quelques objections que sa moûture africaine suggère, l'ordonnance du 18 octobre 1943, au moins dans sa partie traitant de l'exercice de la médecine. Ainsi serait abrogés — car leur abrogation y est expressément prononcée — les textes hybrides et contournés que sont à l'heure actuelle les lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 ; et les médecins seraient en face d'un texte complet et harmonieux qui serait alors une véritable loi organique. Que de chevauchements de textes supprimés, que de difficultés d'interprétation résolues !

Une certaine presse invoque volontiers ces temps-ci les mânes d'un Saint-Just ou d'un Carnot... Plus humblement, nous souhaitons que, nos législateurs veuillent bien s'inspirer de l'esprit d'un Montesquieu, suivre les méthodes d'un Tronchet. Il y aurait là une manière, et non des moins utiles pour le pays, de trancher résolument avec un très récent passé.

P. Douriez.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

UN CAS TYPIQUE D'ABUS D'ACTES MÉDICAUX (MÉCANO, ÉLECTROTHÉRAPIE, ETC.)

par le Dr Fernand DECOURT

Le 29 avril dernier avait lieu une séance de la *Commission d'arbitrage* concernant les litiges entre assureurs et médecins au sujet des notes d'honoraires ou frais pharmaceutiques. Président-médecin de cette Commission depuis sa création en 1929, je ne m'étais pas encore trouvé en face d'abus d'une telle envergure, alors que, précisément, lesdits actes médicaux ne pouvaient, en l'espèce, être effectués qu'après *accord* (qualitatif et quantitatif) entre médecin traitant et médecin patronal ou de son assureur substitué.

Justement, cette « entente préalable », à établir en certains cas, avait été une des trois causes qui m'avaient fait donner ma démission de rapporteur général dans la Commission de révision de la *Nomenclature*. A l'instigation, en effet, d'un des membres du Conseil national de l'Ordre, celui-ci, le 11 décembre dernier, avait décidé de supprimer de cette Nomenclature tous les « **E** » (signes de l'entente préalable) qui avaient été indiqués sur certains « postes » particuliers. J'avais déclaré que c'était là « un coup d'épée dans l'eau » les tiers payants intéressés ne pouvant accepter cette suppression qui les livrerait à la merci des... fantaisistes. (J'ajoute qu'il me fut assuré que ce vote du Conseil national avait été annulé, depuis, par le Conseil lui-même.)

Quoi qu'il en soit, le cas que nous allons examiner ci-dessous, démontrera, mieux que tout discours, la nécessité d'une entente préalable en certains cas spécifiés à l'avance.

***

Donc, le 29 avril dernier, la Commission d'arbitrage avait, entre autres affaires, à examiner celle du Dr A..., à la demande de la société d'assurance le B..., au sujet du paiement d'une note d'honoraires s'élevant à **16.080 francs**, pour un blessé, C..., atteint le 21 octobre 1942 d'un écrasement des trois derniers doigts de la main gauche.

Le jour même de son accident, C..., avait été transporté d'urgence à l'hôpital D où il était resté jusqu'au 1er novembre, date à partir de laquelle il avait été soigné à l'infirmerie de l'établissement où il travaillait et où il allait se faire panser deux fois par semaine. Ce n'est que le 25 mars (donc *cinq mois* après le début de l'accident) que le Dr A..., directeur d'un établissement de soins spécialisés en mécano et électrothérapie, commença à donner des soins au blessé.

Et cela, à la suite d'une lettre du Dr E..., *médecin du service médico-social de l'établissement*, lettre dans laquelle celui-ci déclarait que seraient utiles des séances de mécanothérapie pour réduire les contractures persistant dans les doigts atteints. Il ajoutait même, en propres termes : « Renvoyez-le-moi après une *dizaine de séances* pour que je juge des progrès accomplis ».

Sans insister, pour le moment, sur la *non-qualification* de ce médecin « social » pour remplir le rôle de médecin « traitant », nous rappelerons, tout d'abord l'art. 28 du tarif A. T. qui stipule, en son alinéa 2 : *Tout traitement par séance de kinésithérapie ou de mécanothérapie devra être prescrit par le médecin traitant* **d'accord** *avec le médecin de l'employeur ou de son assureur substitué, sur demande techniquement motivée du médecin traitant par lettre recommandée.* Ajoutons que, à l'art. 7 qui traite simplement de « l'avis préalable » à donner, il est précisé, en un renvoi : *Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série d'interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.* Il est évident que cette note établie à l'art. 7 pour un simple « avis préalable » s'impose à fortiori au spécialiste quand il s'agit d'un « accord » préalable obligatoire.

Or, en cette affaire, ni médecin traitant, ni spécialiste n'avaient prévenu le Dr E..., le médecin conseil de l'assurance le B... Toutefois, afin de rester entièrement objectif, il est juste de faire observer que ce Dr E..., avait eu l'occasion de voir le blessé à l'époque où commencèrent les séances de mécanothérapie puisqu'il l'admet dans son rapport du 23 octobre suivant. Mais il se hâte d'ajouter, en parlant des 171 *séances de mécanothérapie*... « chiffre que je n'aurais jamais songé à autoriser ». Ce que nous croyons sans peine.

Or il n'y eut pas que ces séances de mécanothérapie effectuées *sans accord préalable.* Voici la note dans toute sa splendeur :

171 séances de mécanothérapie	à 45 francs.
152 séances de faradisation	à 45 francs.
10 séances de diathermie	à 60 francs.
15 séances de ionisation	à 45 francs.

Il y a mieux encore !... Si nous additionnons toutes ces séances nous trouvons le chiffre imposant de **354 séances réparties sur 219 jours**, c'est-à-dire sur deux cent dix-neuf fois où le blessé vint à l'établissement du Dr A... Ce fut d'ailleurs tous les jours ouvrables, seuls étant exempts les dimanches et jours de fête où la nécessité d'actes médicaux *journaliers* ne se faisait plus sentir. On voit donc que, dans la *même* séance, il y avait parfois mécanothérapie, diathermie, ionisation, etc., toute la lyre sur ces trois malheureux doigts atteints de certaines raideurs articulaires. Et ces séances continuèrent ainsi sans accord préalable jusqu'à la veille même du jour où fut déclarée la *consolidation* (laquelle fut de 15 %, pour bien préciser les faits).

Sans accord préalable, ai-je insisté... Il est à noter toutefois que, dans le rapport du 20 mars du médecin-conseil de l'assurance, lequel eut l'occasion de voir le blessé à cette date, on lit : « Ce soir même, le blessé doit aller revoir le Dr X... (médecin d'un hôpital) pour obtenir une lettre d'introduction auprès du Dr A... (le spécialiste mécanothérapeute)... *J'estime que trois semaines de mécanothérapie seront nécessaires...* Il faudra naturellement donner les autorisations nécessaires au Dr A... pour la cure de mécanothérapie préconisée par le Dr X... ».

***

Bien qu'aucune « autorisation » ne fût demandée par le Dr A..., pour « accord préalable », la Commission d'arbitrage a considéré comme un *accord tacite* l'observation ci-dessus du médecin-conseil de l'assurance. Elle a donc admis le règlement des séances de **mécanothérapie** effectuées pendant les trois premières semaines.

Séances de faradisation, diathermie et ionisation

Au sujet de ces séances, il convient de se reporter à l'art. 27, observ. 3° du tarif A. T. où il est dit que ces interventions *doivent être prescrites par le médecin traitant*, **d'accord** *avec le médecin de l'employeur ou de son*

assureur substitué sur demande techniquement motivée du médecin traitant... Et l'alinéa se termine par cette précision importante : ... *de plus, l'accord devra spécifier* **le nombre** *des séances à effectuer.*

Or non seulement le nombre des séances ne fut pas « spécifié » mais l'accord lui-même ne fut pas établi et les 152 séances de faradisation ainsi que les séances de diathermie et celles d'ionisation furent effectuées *entièrement à l'insu* du médecin de l'assurance qui ne les a connues qu'au reçu de la note d'honoraires. La solution à adopter par la Commission était formelle : elle ne pouvait mettre au compte du tiers payant les frais de ces séances.

***

Conclusion. — La Commission d'arbitrage dut donc conclure, sur l'ensemble de la note, que seraient payées — en tout et pour tout — les *trois semaines* de séances de mécanothérapie, « estimées nécessaires » par le médecin de l'assurance, ce qui pouvait être considéré comme un « accord tacite » bien qu'en réalité *aucun* accord préalable n'ait jamais été demandé par le mécanothérapeute. Il en résulta que la note de 16.080 francs se réduisait à une somme de 765 francs...

Toutefois, comme on avait trouvé dans le dossier une *offre de paiement de* 2.000 *francs* faite par l'assurance, au cours des pourparlers antérieurs, c'est ce chiffre qui fut retenu par la Commission qui ne pouvait, en vérité, se montrer, si l'on peut dire, plus royaliste que le roi. Et cela d'autant plus que, si la Commission était obligée de s'en tenir au texte du tarif officiel, elle n'en avait pas moins à reprocher à l'assurance d'avoir laissé passer plusieurs mois sans faire contre-visiter le blessé — non encore consolidé — ainsi que lui en donnait « hebdomadairement » le droit l'art. 5 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 1er juillet 1938.

***

J'ai tenu à mettre au courant nos confrères du *Concours* de cette affaire qui comporte comme on l'a vu, plusieurs enseignements. Je tiens cependant à déclarer que la question des traitements mécanothérapiques est hors de cause. Ils rendent les plus grands services aux blessés, nous ne saurions trop le proclamer. Nous regrettons seulement que, parfois, ils se trouvent sous la direction de **non-médecins**, simples infirmiers diplômés suivant le décret du 27 juin 1929 et 8 février 1930. Et aussi que soient créées, parfois, en ce genre, de véritables **usines à soin** où on ne sait que trop bien « faire suer le burnous », si j'ose dire.

Et cela non seulement aux dépens des tiers payants, suffisamment armés pour se défendre, au besoin, par les textes des tarifs ou nomenclatures, ainsi qu'on a pu le voir ci-dessus, mais aussi, hélas ! aux dépens de blessés de droit commun qui, eux, sont à peu près désarmés contre de tels abus. Et puis, au reste, les abus, quels qu'ils soient, nuisent aux institutions mêmes et, en les stigmatisant ici nous pensons rendre service également aux confrères spécialisés en traitements de ce genre et auxquels les médecins traitants sont heureux de recourir dans tant de tristes séquelles de malencontreux traumatismes.

Dr Fernand DECOURT.

P. S. — Je n'ai pas traité la question de la non-qualification du médecin du service social de l'établissement pour prescrire des séances de mécanothérapie ou de spécialités quelconques. Je me réserve d'en parler spécialement dans un prochain article.

F. D.

LE PROBLÈME DE LA PRÉSERVATION ET DE LA CONSERVATION DU LAIT

Les grandes agglomérations connaissent depuis de longs mois, et pour combien de temps encore ? les plus épineuses difficultés à s'approvisionner en lait. Devenue angoissante au cours de l'été dernier, la situation se détend peu à peu mais est encore loin d'être satisfaisante. Nous subissons une disette de lait et l'alimentation des enfants en bas âge en est réduite à des expédients. Aussi le problème du lait sain se pose-t-il de toute urgence. Si le lait parvient en quantité insuffisante, au moins faudrait-il que celui qui arrive fût un lait sain et doué des qualités primordiales que l'on requiert d'un aliment destiné avant tout au premier âge.

Or, dès lors qu'on le détourne de sa destination normale (qui est, après tout, l'alimentation du veau), le lait se révèle un substance éminemment fragile, prédisposée aux pullulations microbiennes et aux fermentations acides. Les unes et les autres relèvent des multiples souillures auxquelles est exposé le lait depuis le pis de la vache jusqu'à la bouche de l'enfant Les règles hygiéniques de la manipulation du lait ne sont certes pas neuves ; dans une période comme celle que nous traversons elles devraient avoir la rigidité de lois.

Il existe aux U.S.A. et dans les pays nordiques des procédés très répandus empêchant la vache de se souiller de ses déjections et protégeant en particulier le pis. En France les paysans ignorent à peu près totalement ces complications. Avec plus ou moins de succès les grandes sociétés laitières ont essayé de faire leur éducation et d'organiser une inspection des étables. L'idéal serait d'obtenir une traite pratiquée proprement sur des vaches saines, lavées et étrillées, par des vachers éduqués aux mains bien savonnées, dans des récipients lavés à grande eau. De telles précautions demandent des soins et du temps. Les propagandistes de l'hygiène du lait obtiennent parfois quelques résultats en montrant aux récalcitrants la rondelle de coton sur laquelle leur lait vient d'être filtré et qui est noire d'impuretés.

Après la traite pratiquée selon les règles et une filtration sur coton intervient le refroidissement pour faire descendre la température du lait au-dessous du point favorable aux pullulations microbiennes.

C'est le transport à distance qui complique toute la question du lait. Pour livrer un lait chimiquement et bactériologiquement irréprochable il faudrait, de la ferme à la maison du client, une chaîne ininterrompue de frigidaires, camions et wagons isothermes afin de faire disparaître les variations de température qui altèrent rapidement le lait. Pratiquement les grandes villes ne reçoivent donc jamais un lait cru de parfaite qualité. Seule l'intervention de l'industrie peut obtenir ce résultat.

Le premier procédé mis en usage fut la pasteurisation soit haute (87° pendant six minutes) soit basse (63° pendant une heure). C'est une opération mal définie en ce sens qu'elle n'est pas une stérilisation

et que, atteignant les moins nocifs des germes, elle laisse subsister les autres. D'autre part, le lait est encore manipulé après le traitement et risque d'être réensemencé.

C'est le lait concentré qui apporta la première solution au problème du lait pur. Un Français, Nicolae Appert, le « père des conserves » réalisa le premier un lait concentré au tiers par ébullition lente. Ce lait était ensuite introduit dans des flacons cachetés et chauffés à plusieurs reprises au bain-marie. Tel quel le procédé provoquait dans le goulot du flacon la formation d'un bouchon de beurre. Appert se rendit compte de la nécessité d'épaissir le lait ; il essaya d'incorporer du jaune d'œuf mais les résultats furent incomplets.

En 1835 fut inventée la pompe à huile pour évaporer les liquides. L'Américain Borden mit au point ce qu'il appela la « confiture de lait » et l'industrialisa. Mais il se produisait encore une séparation de la crème qui rendait le produit imparfait. Enfin le Français Gaulin inventa la machine permettant l'homogénéisation du lait et qui palliait cet inconvénient en faisant éclater les globules gras et réalisant une émulsion stable. Elle permettait en même temps de fabriquer du lait condensé non sucré.

Une méticuleuse propreté est requise dans les usines qui traitent le lait. Les machines et les bâtiments doivent être l'objet de nettoyages incessants. A ce sujet, M. Hippolyte, dans une conférence très documentée, révélait naguère que certaines condenseries établies en Normandie avaient vu, du fait de certaines « fuites » dans la surveillance hygiénique, leur exploitation mise en échec par des bactéries qui, par accoutumance progressive, résistaient à des températures de 103°. Ces usines durent, en fin de compte, capituler et aller s'installer ailleurs.

Le lait sec, réalisé par projection en nappe mince du lait sur un cylindre chauffé à la vapeur sous pression est la présentation du lait conservé où la propreté parfaite est la plus facilement réalisable. On sait l'essor qu'a pris le lait en poudre depuis quelques années.

Enfin, pour mémoire car encore peu utilisés, il faut citer les modes de stérilisation par les rayons ultra-violets et par l'ionisation. Cette dernière, utilisée en France pour les jus de fruits n'est pas encore applicable aux colloïdes tels que le lait.

Libres Opinions

Faites confiance au peuple...

Dimanche 5 novembre, à l'heure de la grand'-messe, les praticiens parisiens étaient invités à entendre de bien étranges prédicateurs. Pris pour le pauvre peuple médical d'une soudaine et condescendante pitié, les aristocrates de la médecine avaient décidé d'éclairer ces humbles, bien souvent égarés. Et l'on vit ainsi une brillante cohorte de Professeurs de pharmacologie ou d'histologie, de Consultants pour petits délinquants et d'autres représentants hospitaliers, venir enseigner les praticiens parisiens sur la pratique médicale en ville et à la campagne.

Cette sollicitude des hautes sphères médicales pour la plèbe succède à un trop long dédain ; nous sommes donc ravis de voir s'évanouir les nuages qui séparaient les dieux de leurs adorateurs, et ceux-là prendre intérêt aux jeux de ceux-ci.

Encore faudrait-il pour que cela ait une pleine portée que, s'adressant à un public de praticiens parfois très avertis des questions professionnelles par une lutte syndicale, qui nous reporte à la fondation de ce journal — 1879 —, nos prédicateurs possédassent pleinement leur sujet, que l'auditoire ne sentît aucune réticence quant aux inspirations ou conséquences frisant la politique, que les droits reconnus aux citoyens moyens fussent aussi reconnus en fait aux médecins praticiens.

Très respectueux de la science de leurs maîtres sur le plan scientifique, les praticiens ont eu dimanche une trop belle occasion d'en sourire sur le plan professionnel, sourire un peu crispé quand certain paternalisme, odieux à la classe ouvrière comme à eux-mêmes, se faisait trop sentir.

Que l'on fasse confiance au peuple médical ; qu'on ne cherche pas à étouffer la liberté syndicale dans ses rangs : il a su la conquérir, il saura certainement la reconquérir. Mais pourquoi recommencer éternellement les mêmes luttes ? Notre temps à tous a une trop grande valeur pour être ainsi gaspillé.

Le sens social est beaucoup plus grand chez le praticien que ne veulent le dire des détracteurs intéressés ; il saurait accepter et proposer les solutions les plus hardies et même donner une impulsion à toute politique constructive, mais, de grâce, que l'on évite les erreurs psychologiques : pas de faux nez, pas de faux semblant ni de faux-fuyant. Que chacun expose des conceptions généreuses, désintéressées, éclairées, ordonnées, à la française, en un mot, et le peuple saura choisir ses guides, dignes de lui, sortant de lui.

Dr R. Jodin.

ÉCHOS ET COMMENTAIRES

(*Suite de la page* 501)

En ce premier dimanche de novembre, la policlinique de l'Hôpital des Enfants malades offrait aux auditeurs du Pr DEBRÉ et de M. FUNK-RENTANO le luxe d'une douce chaleur propice aux spéculations intellectuelles. Par un rapide tour d'horizon, M. Funk-Brentano situa le Comité médical national dans le milieu politique actuel. Il faut, dit-il, en finir avec l'abstentionisme politique ; le médecin doit contribuer par son rayonnement individuel à la renaissance de la grandeur française, et pour cela sortir de son isolement, prendre contact avec le peuple et entreprendre avec lui la lutte contre les grands fléaux sociaux que sont l'alcoolisme et la tuberculose. Cette action politique doit se traduire sur le plan gouvernemental par la création d'un grand ministère de la population française.

L'auditoire attend avec impatience le programme de réformes révolutionnaires et constructives qui lui a été promis et dont l'exposé revient à M. le Pr DEBRÉ. Disons tout de suite que, dans sa première partie, cet exposé, s'il put décevoir les amateurs de surprise, rassura par son évidente modération. Malgré le courant de socialisme qui traverse aujourd'hui le monde entier, M. DEBRÉ propose, en effet, le maintien de la médecine libérale et du médecin de famille. Ou plutôt, et c'est là que gît le principe de la réforme, il entend faire profiter *toutes les classes* tout à la fois des avantages de la médecine libérale, et de ceux de la médecine collective.

A ce principe de libéralisme, deux exceptions de taille sont cependant apportées. Le médecin omnipraticien, artisan intellectuel, doit être aidé par des *centres de diagnostic* et de soins, que seules les puissances publiques et collectives sont à même d'édifier. Le personnel médical de ces centres (radiologistes, chimistes, bactériologues, etc.) ne peut qu'être *fonctionnaire*.

Il en va de même des *chirurgiens*. Exerçant dans l'hôpital désormais ouvert à toutes les classes sociales, il doit y remplir une fonction « à temps plein ». Ainsi pourra-t-il tout à la fois éviter le surmenage, la dispersion actuelle, consacrer à la recherche un effort qui permettra à la science française de reprendre son rang dans le monde, et se donner pleinement à son métier d'enseigneur. Bien entendu disparaîtrait du même coup l'incompréhensible dualité actuelle entre la Faculté et le Corps hospitalier.

Une troisième catégorie de médecins fonctionnaires à temps plein se verrait enfin confier toute la *médecine de prévention* (médecine scolaire, médecine du travail, etc.) et fournirait aux collectivités publiques les conseillers techniques dont elles ont besoin.

Ce programme au reste n'est pas proposé *ne varietur*. Et puisque la critique est admise et même souhaitée, nous le reprendrons en détail dans notre prochain numéro.



Aux mêmes jour et heure que cette intéressante réunion se tenaient en divers points de Paris d'autres assises organisées par le Comité National des Médecins français.

Le *Concours* ayant quelques dons d'ubiquité, il nous a été donné d'assister à la réunion organisée à la mairie du 5e arron-

dissement par Mme le Dr Strozeska, secrétaire d'arrondissement, sous la présidence du Pr Tiffeneau, avec la participation du Dr Heuyer.

Bien qu'il fit sensiblement plus froid dans la grande salle des mariages qu'à la Policlinique des Enfants-Malades, l'auditoire ne ménagea pas au Dr Heuyer une attention soutenue. Il nous fut donné d'entendre, avec quelques variantes, l'exposé de l'idéal et du programme qui viennent d'être retracés ci-dessus. L'idéal ? Celui de De Gaulle. Il tient en deux mots : union-action. Le programme ? résumé en une formule décisive : remplacer la politique par la technique.

Parmi les sujets traités dans la première partie de la causerie, consacrée à la lutte contre les fléaux sociaux, citons : la compagne contre la dépopulation, la lutte contre l'alcoolisme et contre la tuberculose, l'avenir de l'hygiène mentale... On parla de l'eugénique, qui récemment encore avait fort mauvaise presse, mais les nuances tiennent évidemment à l'esprit qui l'anime.

Quant aux questions professionnelles abordées en second lieu, avouons qu'elles furent traitées avec plus de concision que de brio. Visiblement l'orateur possédait moins son sujet.

Or c'était surtout pour recueillir là-dessus quelques lumières que s'était dérangée l'assistance. Cela parut à l'évidence quand, après la causerie, s'instaura la discussion libre. Le Dr Sénéchal notamment ouvrit le feu en demandant si le conférencier pouvait l'éclairer sur le statut futur de la profession. Quid de l'Ordre ? Quid des Syndicats ? Seront-ils rétablis ? Sur quelles bases légales ? Comment seront organisées les élections ? Autant d'insidieuses questions auxquelles le Dr Heuyer ne put répondre que par des généralités, reconnaissant franchement que la matière du syndicalisme ne lui était pas familière.



Un doute plana d'ailleurs dans les esprits d'un bout à l'autre de la réunion sur la qualité précise du groupement animateur, son rôle, ses moyens d'action, etc. A plusieurs reprises, avec insistance, avec lourdeur, revinrent à la charge des questionneurs qui, mal informés sans doute de l'actualité politique et de la nature du Front national médical, croyaient avoir affaire à un organisme professionnel. Pourquoi donc personne ne voulut-il les éclairer ?

On s'en étonne d'autant plus que, si nos informations sont exactes, ni Mme le Dr Roudinesco, ni le Dr Weiller à la mairie du 7e, ne firent mystère de leurs préoccupations politiques. Et n'est-ce pas mieux ainsi, les confrères ayant pu répondre en toute connaissance de cause, lorsqu'ils en furent l'objet, à certaine propagande guichetière ?



Notre nouveau confrère *Le Médecin Français* que beaucoup de médecins parisiens ont dû, ces temps-ci, trouver dans leur courrier, publie dans son premier numéro un bref article sur la médecine d'entreprise qui donne de celle-ci une acception entièrement nouvelle. Jusqu'à présent il était entendu que la médecine d'entreprise se bornait à la prévention des maladies et à la sélection des travailleurs. L'auteur de l'article lui

assigne en outre le devoir de soigner ceux-ci, et non seulement eux mais encore leurs familles. Il s'ensuit que chaque usine sera pourvue d'un dispensaire, que le médecin de l'usine se rendra à domicile auprès des malades alités, et que, dans un centre industriel, ne resteront plus à la clientèle libre que les quelques commerçants ou artisans ne travaillant pas dans les usines. Une brèche de taille est ainsi taillée dans la médecine libre par les sectateurs de la libération. On pouvait croire que l'une des formes de la liberté était que le médecin pût soigner librement ses malades et le malade choisir librement son médecin. Sur ce point l'accord semblait établi ; le voici remis en question, aux dépens et du médecin et du malade. Nous demandons à l'auteur de l'article et, s'il engage d'autres que lui-même, à ceux dont il est le porte-parole, de définir leur conception de la Liberté.



En cette période quelque peu chaotique, les sociétés d'arrondissement parisiennes, auquel leur effacement d'antan a permis de survivre contre vents et marées, apparaissent aujourd'hui comme un élément d'organisation professionnelle d'autant plus précieux qu'il est pour ainsi dire unique. Leurs dirigeants ne sont-ils pas les seuls représentants élus du Corps médical, ayant conservé sans discontinuité le contact avec leurs mandants ?

C'est donc avec un particulier intérêt qu'après avoir fidèlement recueilli la bonne parole médico-nationale, nous sommes allés au Conseil général des Sociétés d'arrondissement, à fin de connaître ce que de tout cela pense le praticien.

Sous la présidence du Dr Sénéchal, se groupaient des noms connus dans le domaine professionnel, et notamment les Dr Boelle, Jodin, Robert, Rouèche, etc. Après s'être informé de l'état actuel de la question, tant en fait qu'en droit, le Conseil général a unanimement décidé de recourir, en matière d'organisation professionnelle, à la formule syndicale.

On se souvient que la région parisienne faisait preuve en cette matière d'une certaine fantaisie ; le S.M.S. voisinait avec le S.M.P., la Fédération corporative avec la Fédération de la Seine. Le vent souffle heureusement vers la fusion qu'une reconstitution n'eût peut-être pas permis d'obtenir. Un effort d'envergure va donc être tenté en vue de créer un syndicat nouveau, unique en fait, moralement obligatoire et comprenant autant de sections que d'arrondissements. C'est en effet dans ce cadre que des élections permettront d'assurer un étroit contact entre les praticiens et leurs élus.

Il nous reste à souhaiter à ce projet, dans l'intérêt de tous une prompte réalisation.



ASSURANCES SOCIALES

1595. — Accouchement dystocique à l'hopital.

J'ai accouché une femme à l'hôpital avec forceps (qui m'a occasionné pas mal de difficultés).

A la suite de cet accouchement, j'ai reçu le montant d'un accouchement *simple* (soit la somme de 200 francs!). La femme accouchée est aux Assurances sociales.

Il me semble qu'il y a un abus, car si les assurances remboursent à l'hôpital le montant de l'accouchement, il est inadmissible que je ne touche que cette somme dérisoire, surtout pour une dystocie.

Voulez-vous me dire quels sont mes droits et si je dois me contenter de la réponse ci-jointe, faite à ma demande.

Dr N.

Réponse

Dans un accouchement d'assurée sociale à l'hôpital, *le médecin a droit à « une part » du forfait versé par la Caisse à l'hôpital. En cas d'accouchement dystocique, il semble équitable que la rémunération du médecin soit augmentée, mais la Caisse* n'est pas tenue *à l'augmentation de sa prestation forfaitaire vis-à-vis de l'hôpital contrairement à ce qui se passe, en un tel cas, à domicile ou en clinique privée (alinéas 3 et 4 du chapitre assurance-maternité de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938). La Commission administrative de l'hôpital fixe donc elle-même le montant des honoraires médicaux, en pratique (voir* Le Concours Médical *du 10 août 1942, page 658 et suivantes).*

NOTA. — Il est dit dans la lettre de l'hôpital de D... que la somme de 200 francs « est payée par l'hôpital sur ses fonds personnels et non par les A. S. ». Cette somme provient en effet d'une partie du forfait payé à l'hôpital pour accouchement d'une assurée sociale.

Dr F. DECOURT.



AUTOMOBILISME

L'utilisation de l'ammoniaque comme carburant.

Fidèle lecteur du *Concours Médical*, je lis avec un intérêt toujours soutenu vos correspondances sur l'automobilisme. Votre amabilité et votre compétence, m'enhardissent à vous demander la solution d'un problème personnel.

J'ai lu très attentivement votre article de *Science et Vie* de septembre 1943 sur le problème vital des carburants.

J'ai une 11 CV Citroën et une 9 CV avec 40 litres essence mensuels pour assurer le service d'une clientèle de 15 kilomètres de rayon. Avant guerre j'utilisais pour ma clientèle 200 litres par mois.

Bien entendu, nous roulons uniquement en vélomoteur et en moto, mais c'est encore insuffisant, et combien fatiguant, aussi ai-je envisagé depuis longtemps l'idée de monter un gazogène au charbon de bois.

L'entretien de cette voiture nécessitant un chauffeur, m'a empêché jusqu'ici sa réalisation.

Mais je lis votre article au sujet de l'ammoniaque acétyléné ou éthané.

1o Pensez-vous qu'une telle installation peut aller indifféremment sur une 9 ou 11 Citroën ? D'après ce que je crois comprendre, la cylindrée n'y fait pas grand-

chose puisque le rendement est presque celui de l'essence.

2° Ce gaz ammoniaque acétylèné ou éthané (quel est le meilleur ?) est-il absolument sans danger *d'explosion ou d'incendie?*

3° Pensez-vous que la maison Citroën pourrait faire une telle installation ? Y a-t-il de grosses transformations mécaniques (moteur) à faire ? Quel est le prix approximatif d'une telle installation ?

(Si j'ai bien compris votre article, il faut installer les tubes dans la malle arrière, détendeur, mélangeur et tubulaire, peut-être encore un réchauffeur ?)

4° Et enfin le point crucial, le commerce (en l'occurrence la maison de L'Air Liquide) pourrait-elle me fournir les tubes et m'approvisionner suffisamment en carburant ?

5° Approximativement, et l'installation mise à part, à combien peut-on estimer le prix du kilomètre ?

Je m'excuse de ce questionnaire un peu fastidieux, mais vous comprendrez que je ne voudrais pas me lancer dans ces frais considérables d'une installation si celle-ci devait comporter des risques graves, ou me laisser en plan.

P.-S. — Peut-on partir à l'essence et lorsque le moteur est chaud rouler au mélange ? Dr G.

Réponse

La question qui se pose avant tout pour l'utilisation de l'ammoniaque pour les voitures, c'est la possibilité de trouver du gaz. D'après des renseignements puisés auprès de la Société « L'Air Liquide » il n'y a pas à l'heure actuelle, à proprement parler d'approvisionnements réguliers en ammoniaque, possibles. La production d'ammoniaque est en effet à peine suffisante pour alimenter les usines qui fabriquent des engrais à partir de l'ammoniaque. De temps en temps, il arrive qu'une de ces usines, pour une raison quelconque (avarie dans ses machines, bombardement, etc.) se trouve dans l'incapacité d'utiliser l'attribution d'ammoniaque qui lui est faite. Comme l'ammoniaque liquide est difficilement stockable en raison de la pénurie des wagons-citernes, il se trouve par conséquent que, un jour donné, quelques wagons-citernes d'ammoniaque liquide sont disponibles. Il faut les libérer au plus vite et pour cela, distribuer l'ammoniaque dans les bouteilles dont on dispose. Mais, ces aubaines se produisent naturellement à des dates imprévisibles, de telle sorte qu'on ne peut sérieusement garantir l'approvisionnement en ammoniaque d'une clientèle régulière.

En fait, seuls roulent actuellement à l'ammoniaque quelques véhicules appartenant à des sociétés productrices de ce gaz, qui se trouvent par suite avoir des facilités d'approvisionnement.

La première chose que vous auriez à faire serait donc de vous documenter auprès des sociétés productrices, par exemple « L'Air Liquide », pour savoir si on peut vous ravitailler. Le deuxième problème consiste à trouver des bouteilles.

Admettons ces problèmes pratiques résolus, et abordons la question technique. On peut installer l'ammoniaque acétylèné sur n'importe quelle voiture, sans modification au moteur. L'installation a été suffisamment mise au point pour donner complète satisfaction. La mise en marche est facilitée par un dispositif de starter monté sur un mélangeur.

L'installation comporte :

1° Une ou plusieurs bouteilles d'ammoniaque avec acétylène dissous ; 2° un détendeur haute pression ; 3° un

réchauffeur ; 4° un détendeur basse pression ; 5° enfin, un carburateur mélangeur.

Parmi les industriels qui ont réalisé actuellement des montages les uns ont fait des installations à l'ammoniaque acétylène, les autres ont fait des installations pour la marche au gaz de ville et à l'ammoniaque.

A l'heure actuelle, il n'est pas délivré de licence pour la transformation de véhicules. Un décret récent du ministère de la Production Industrielle a prévu que quelques licences seraient accordées. Je crois savoir qu'il s'agirait d'un nombre très réduit, de l'ordre d'une cinquantaine ou au maximum d'une centaine.

En résumé, le problème technique a reçu une solution suffisante. La question économique (approvisionnement) n'est pas résolue et l'aspect administratif est en voie d'évolution.

Concluez vous-même.

Henri PETIT.

★

HOPITAUX

1716. — **Honoraires pour soins aux assurés sociaux assistés dans les hôpitaux.**

Radiologiste de l'hôpital, j'ai examiné au cours de l'année 1943, au titre de consultation externe, un certain nombre de bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et des assurances sociales. Ces malades sont porteurs, vous le savez, d'une feuille d'assistance spéciale et d'une feuille d'assurances sociales ; celle-ci est remplie en indiquant le coefficient de la nomenclature, et, dans la colonne réservée à la signature, la mention « A.M.G. » qui permet en principe à la Caisse d'assurances de rembourser le service de l'assistance.

D'ailleurs notre Collège départemental nous a communiqué un tarif, qui mentionne la catégorie des assurés assistés, et leur attribue la nomenclature des assurances sociales, avec une valeur un peu diminuée du K.

Or l'économe de l'hôpital, après un double échange de correspondance, reçoit de la préfecture de X... l'avis suivant :

« J'ai l'honneur de vous retourner sous ce pli les volants délivrés pour les radiographies effectuées à l'hôpital en 1943, en vous priant *de ne pas appliquer le tarif des assurances sociales aux malades qui sont assurés.*

« Il a été entendu avec l'administration de l'Hôtel-Dieu de X..., que le service de l'A.M.G. rembourserait uniformément les radiographies sur le tarif des accidents du travail diminué de 50 %.

« Vous voudrez bien établir vos états de frais dans ce sens. »

Ne procédant ainsi qu'en ce qui concerne les assistés simples, et me souvenant en particulier d'un article de votre collaborateur M. Jean Mignon, paru dans le numéro du 1er décembre 1943 du *Concours*, j'ai demandé à l'économe de l'hôpital de ne pas répondre à la préfecture avant que j'ai eu le temps de me renseigner d'une façon précise sur le bien ou le mal fondé de notre conduite.

Dr P.

Réponse

Nous avons examiné la question posée par votre lettre du 3 avril en ce qui concerne les honoraires médicaux pour soins donnés dans les hôpitaux publics aux assurés assistés.

A notre avis la position prise par la Commission administrative de l'hôpital et la préfecture de X... n'est pas conforme aux textes légaux relatifs à la matière.

Il résulte, en effet, de l'article 19 paragraphe 3 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les assurances sociales, que les honoraires pour soins donnés aux assurés assistés doivent être calculés selon le tarif de responsabilité des caisses.

En ce qui concerne d'autre part, le cas d'hospitalisation, il est prévu à l'alinéa 4 de ce même paragraphe 3, que les frais d'hospitalisation, réglés selon le tarif applicable aux bénéficiaires de l'A.M.G., ne comprennent point les honoraires médicaux. Ces honoraires doivent donc donner lieu à une indemnité spéciale calculée conformément aux tarifs prévus par l'article 6 paragraphe 15 du décret-loi du 28 octobre 1935 en matière d'assurance-maladie ordinaire. Ces tarifs, nous vous le rappelons, sont au minimum, depuis la loi du 29 mai 1941, égaux au tarif de réassurance établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938. En vertu de cet arrêté, les honoraires médicaux sont égaux, dans les hôpitaux publics de villes ou centres d'enseignement, à 4 fr. par jour en médecine; et en chirurgie soit à 4 fr. par jour, soit à l'intervention forfaitaire avec l'application des chiffres-clés de 3,50 et 7 fr. suivant que le coefficient est égal ou supérieur à 24.

En aucun cas un assuré social soigné dans un hôpital public ne peut être traité à un prix supérieur (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux compris) au tarif le plus bas (frais d'hospitalisation et honoraires médicaux également compris) appliqué par ledit hôpital aux malades payants.

C'est à notre avis selon cette méthode qu'il y a lieu de régler le cas des assurés assistés à l'hôpital.

Il est bien entendu que les chiffres-clés de 3,50 et 7 fr. ne sont applicables qu'à défaut de convention Ordre-Caisse ou Hôpital-Caisse fixant dans la région un chiffre-clé supérieur.

DEMANDES ET OFFRES

N° 187. — On désire trouver d'occas. ou neuf les édit. suiv. : 1° Complém. de Géométrie, classe de Math. Elément., par Camman ; 2° Algèbre, classe de Math. Elément., par Chenevier.

N° 188. — Urg. A céd. cause décès, à 13 km. Blois dans campagne agréable, chasse et pêche, cabin. médic. tenu 25 ans. Maison tt conf. Instrumentation médic. à repr.

N° 189. — Dame recherche Laborat. pour représent. produits à Paris.

N° 190. — Charente. Poste import. à céder apr. décès, médec. de la S.N.C.F.

N° 191. — On demande Interne 16 inscr. Ecr. avec référ. Direction Maison de Santé Psychiatrique de Vieille-Eglise, par Rambouillet (S.-et-O.). Tél. N° 9.

N° 192. — A vendre matériel compl. de laborat. d'analyses, microscope Stiassnie binoculaire, table de lave, étuve électrique, autoclave, métabolisme basal, produits, etc.

N° 193. — A vendre thermomètre médical avec étui.

N° 194. — Sage-femme prenant pensionn. cherche personne très sérieuse entre 20 et 40 a. comme bonne à tt faire, sach. égalem. faire cuisine. Se présent. de 14 à 18 h. les mardi, mercredi, vendredi et samedi, 3, rue de Paris, à Pierrefitte.

N° 195. — Dame 35 a., bachelière ès sciences, licenc. en droit ay. pratiq. des affaires, recherche situation secrét. médical ou directr. de clinique.

N° 196. — Docteur cherche remplacement Paris, collaborat. ou laboratoire.

N° 197. — A vend. appar. radio et diathermie, état neuf.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 4e trimestre 44
G. BLANCHONG & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
N° au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE — Nos 47 et 48 — 30 NOVEMBRE 1944

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

PARTIE PROFESSIONNELLE

DEMI-COLONNES



DERNIÈRES NOUVELLES

Libération de la Lorraine et de l'Alsace

Après Metz, Strasbourg ! C'est ici que la libération prend tout son sens et tient ses plus éblouissantes promesses. Le Concours Médical *salue d'enthousiasme le retour à la liberté des deux villes dont le nom endeuille ou illumine chacune de nos guerres. Il exprime à l'Université de Strasbourg, repliée à Clermont-Ferrand où elle endura les atteintes de la Gestapo, les souhaits de la voir sous peu regagner son siège. Nous tendons nos mains à tous nos confrères d'Alsace et de Lorraine.*

A nos abonnés.

Depuis le 15 novembre dernier, l'envoi du Concours Médical *est de nouveau possible au tarif réduit des périodiques.*
Nos abonnés ont déjà reçu par voie normale notre numéro du 15 novembre.
L'expédition du journal sous enveloppe, au tarif des lettres missives s'est donc limitée au seul numéro d'octobre.
Nous prions nos abonnés de vouloir bien faire bon accueil à la demande de remboursement de 4 fr., pour frais exceptionnels d'expédition, qui leur sera formulée au moment du renouvellement de leur abonnement.
Par ailleurs, nous informons ceux de nos abonnés qui, par suite des circonstances, n'ont pu recevoir notre numéro de septembre que leur abonnement se trouve, d'office, prorogé d'un mois. Quant à ceux de la Manche et du Calvados, leur abonnement est prorogé de quatre mois.

Faculté de Médecine de Paris.

Leçons inaugurales. — M. le Pr Hazard, professeur de pharmacologie et matière médicale, a fait sa leçon inaugurale le 9 novembre 1944.
M. le Pr Pierre Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive, a fait la leçon inaugurale de son enseignement le 14 novembre au grand amphithéâtre de la Faculté.
Conférences d'hématologie appliquée à la clinique. — M. Paul Chevallier, professeur agrégé, fait à la Faculté depuis le 18 novembre, les mardis et samedis à 18 heures, des conférences sur l'hématologie appliquée à la clinique.

Comité national de l'Enfance.

Le Comité national de l'Enfance a organisé, le 9 novembre 1944, au ministère de la Santé publique, une conférence d'étude consacrée à la question du problème du lait au point de vue hygiénique et sanitaire.
A cette conférence, qui a eu lieu sous la présidence de M. le ministre Billoux et du Dr E. Lesné, ont pris la parole : M. Guittonneau, professeur à l'Institut national agronomique ; M. Thieulin, professeur à l'Ecole d'Alfort ; M. Houdinière, vétérinaire sanitaire de la Ville de Paris ; M. Baquiast, inspecteur du service de la répression des fraudes ; M. le professeur-agrégé M. Lelong ; le Dr et Mme le Dr Rossier. Puis le major Macy (du Corps de santé américain), professeur de bactériologie à l'Université de l'Etat de Minnesota, a indiqué comment avait été résolue la question aux Etats-Unis ; le médecin commandant Perles lui servant obligeamment de traducteur. Le major général Paul Ramsay Hawley assistait à la séance.

Syndicat national des Urologistes français.

Le Syndicat national des Urologistes français a repris le 31 août 1944 ses travaux suspendus depuis la guerre. Siège social : 26, rue de Clichy, Paris (9e).

Cérémonie du Souvenir.

Une cérémonie simple et émouvante s'est déroulée le 10 novembre dans la cour de l'Hôtel-Dieu, en l'honneur des externes et anciens externes des Hôpitaux de Paris morts pendant les combats de la Libération. Le bureau de l'Association des externes et anciens externes des Hôpitaux de Paris avait convié ses adhérents et les chefs de service des Hôpitaux à se joindre à lui pour venir se recueillir au pied du monument élevé en 1924 dans la cour d'Honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des externes et anciens externes tombés pour la France pendant la guerre 1914-1918 et unir dans une même pensée le souvenir des camarades morts pendant la Grande Guerre et celui des externes tombés pendant les combats de la Libération.
Le général de Gaulle s'était fait représenter par le capitaine Allègre. Devant une nombreuse assistance

où nous avons remarqué la présence de M. Lévèque, directeur général de l'Assistance Publique, de nombreux médecins et chirurgiens des Hôpitaux, et externes et internes des Hôpitaux, et des représentants des familles des glorieux disparus, une croix de Lorraine de fleurs fut déposée au pied du Monument aux externes et deux brèves allocutions furent prononcées par deux membres du bureau de l'Association, le Dr F. Lepennetier et M. Dubois. L'appel du nom des externes tombés pour la Libération suivi d'une minute de recueillement termina cette cérémonie.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Denis Baize, quatrième enfant du Dr P. Baize, de Paris ; de Maïtena Cossart, deuxième enfant du Dr René Cossart, d'Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais) ; de Michel Retailleau, fils du Dr Georges Retailleau, de Mortagne-sur-Sèvre (Vendée) ; d'Anne-Marie Géneau, fille du Dr Paul Géneau, de Neufchâtel (Pas-de-Calais) ; d'Ivan Coutin, fils du Dr Jean Coutin, de Segré (Maine-et-Loire) ; de Rozenn Le Personnic, deuxième enfant du Dr Le Personnic, de Quéménéven (Finistère) ; de Benoît Faudot-Bel, fils du Dr Guy Faudot-Bel, de Paris ; de François Brisard, fils du Dr Pierre Brisard, de Paris (59, avenue de La Bourdonnais) ; de Jean-Pierre Joutard, fils du Dr Joutard, médecin-chef de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; de Gilles Baudart, deuxième fils du Dr René Baudart, d'Aigrefeuille (Loire-Inférieure) ; d'Odile Jusseaume, fille du Dr Gérard Jusseaume, de Paris, et de Mme Jusseaume, docteur en médecine ; de Jean-Claude Petit, deuxième enfant des Drs Y. et J.-L. Petit, de Montereau (Seine-et-Marne).

Mariages.

Le Dr J. Bureau, de Pont-l'Evêque (Calvados), fait part de son mariage, célébré le 29 septembre en la chapelle de l'hôpital de Pont-l'Evêque, avec Mlle Mariette Louis, infirmière-major.
Le Dr Jean Fournial, de Mer (Loir-et-Cher), fait part de son récent mariage avec Mlle Jacqueline Béraud.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Paul Jacquet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; du Dr Pierre Wilmoth, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat ; du Pr Achard, membre de l'Institut, décédé le 8 août 1944, à Versailles, dans sa 83e année ; du Pr Fernand Arloing, de Lyon ; du Dr Monier-Vinard, médecin des hôpitaux de Paris.

Nous apprenons le décès, dans sa 38e année, du Dr Stéphane-Jacques Ganot, ancien externe des hôpitaux de Paris, médecin sous-lieutenant de réserve au 104e régiment d'infanterie, ancien combattant 1939-1940, citation à l'Ordre de la 41e division, tué d'une rafale de mitraille le soir de la libération de la commune de Mesle-sur-Sarthe (Orne), le 11 août 1944.
On nous signale la mort tragique du Dr Louis Hélion, de Saint-Saulge (Nièvre), tué par les Allemands alors qu'il revenait de soigner des blessés dans le maquis du Morvan.
Nous exprimons notre douloureuse sympathie aux familles de nos confrères, victimes de leur dévouement et de leur patriotisme.
On nous fait part du décès de Mme veuve Robert, à l'âge de 87 ans. Elle était la mère de notre confrère et ami le Dr Louis Robert, d'Issoudun, rédacteur en chef du *Berry Médical*, la grand-mère du Dr Edgar Robert, d'Eguzon, du Dr Jean Robert, de Dijon, et du Dr Léon Le Minor, de l'Institut Pasteur de Paris. Nos sympathies à cette famille médicale. J. N.

Nous apprenons la mort de M. Marcel Lecoq, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, directeur commercial du Laboratoire de l'*Aéine*, décédé le 15 novembre 1944, à l'âge de 69 ans.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 *par A. Cézilly.*
DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

Association générale des Médecins de France.

Bourses familiales du corps médical. (Fondation du Dr Roussel.) — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs, mises à la disposition de l'Association Générale des Médecins de France par le Dr Roussel, a tenu ses séances au cours du mois de juillet. Quinze bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille.

Trente-huit demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

L'Association Générale sous la présidence du Pr Baudouin a collaboré dans le jury d'attribution avec le Dr Nieger représentant le Dr Roussel, les délégués de l'Association des Médecins de la Seine (Dr Fernet), de la Société des Femmes et Enfants de Médecins (Mme Evenc), de Médecine et Famille (Dr Quivy) et du Conseil National (Drs Cayla et Duvelleroy). Elle était elle-même représentée par MM. Baudouin, Claisse, Le Lorier, Touchard et O'Followell.

Caisse d'assistance médicale de guerre. — L'Association Générale rappelle l'existence de sa Caisse d'Assistance Médicale de Guerre qui apporte son aide confraternelle si nécessaire aux médecins ou à leur famille victimes de la guerre, dont le nombre est si grand, hélas!

Les Confrères désireux d'aider cette vieille Association dans son rôle bienfaisant, sont priés d'adresser leurs dons, en argent ou en nature, (livres, instruments, etc.), à l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). (C. ch. p : Paris 186 07.)

(*Communiqué.*)

Fédération Nationale des Médecins du Front.

Les Comités des Associations de la Fédération ont procédé à l'élection d'un Bureau Provisoire chargé d'expédier les affaires courantes en attendant la convocation des Assemblées générales.

Ce Comité a adressé, le 29 septembre 1944, au général de Gaulle, la motion suivante :

Réuni pour la première fois, après quatre années d'oppression, le Comité Provisoire de la Fédération Nationale des Médecins du Front, porte-parole des 3.500 médecins de la guerre 1914-1918 et de la guerre 1939, groupés dans ses Associations, prie le général de Gaulle d'accepter l'hommage de sa gratitude et l'assurance de son dévouement. Il manifeste au général de Gaulle sa gratitude pour avoir, par son génie prophétique, par sa foi nationale, par la continuité de ses efforts, rendu à la France et son drapeau et sa liberté.

Il exprime son dévouement au général de Gaulle qui veut une France forte, respectée et renouvelée, dans la légalité, par l'ordre, par la justice et par le travail.

Le 11 novembre, les membres des Comités ont déposé une gerbe devant le monument aux morts de la Faculté de Médecine. Au cours de cette cérémonie, le président, le Dr de Parrel, a, dans une émouvante allocution, exalté la mémoire de ceux qui sont tombés pour la défense de la patrie.

Le 15 novembre, à 18 h. 30, une délégation de la Fédération a eu le grand honneur de raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe. Le geste symbolique a été exécuté par le Dr Vizioz dont l'un des fils vient récemment de tomber au champ d'honneur en Italie.

Au cours de telles manifestations, se sont plus resserrés, entre les médecins du front, les liens de camaraderie qui leur permettront toujours mieux de concourir à la grande œuvre de la restauration de notre pays en conservant pieusement le souvenir et l'exemple de ceux qui ont sacrifié leur vie pour lui.

(*Communiqué.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

BAUX ET LOCATIONS

Une *ordonnance du* 14 *novembre* 1944 permet : 1° à tout locataire qui, depuis le 16 juin 1940, a quitté le local d'habitation ou à usage professionnel qu'il occupait à cette date et, en outre, a, avant la libération de la commune où est situé ce local, servi dans les forces françaises ou alliées ; 2° à tout locataire qui, par suite des événements de guerre ou sous l'empire d'une contrainte matérielle ou morale provenant directement ou indirectement du fait des autorités d'occupation, a été mis dans l'obligation de quitter le local d'habitation ou à usage professionnel qu'il occupait, d'obtenir leur réintégration dans les lieux, à la condition toutefois, qu'ils en aient été évincés *sans consentement de leur part.*

Le juge peut toutefois accorder un délai au locataire ou à l'occupant expulsé si celui-ci est de bonne foi.

D'autre part, il peut être sursis au prononcé de l'expulsion jusqu'à ce que le locataire ou l'occupant ait pu trouver un autre local si celui-ci appartient à certaines catégories limitativement énumérées (mobilisés, prisonniers de guerre, déportés politiques ou du travail ou membres de leur famille). Mais ces exceptions ne jouent pas lorsque le locataire ou l'occupant est poursuivi pour faits de collaboration, ou a appartenu à des groupements antinationaux, ou a été l'objet d'une mesure d'internement administratif. *Elles ne jouent pas non plus lorsque le local était affecté à un usage professionnel par le locataire qui demande sa réintégration.*

Le contrat de location est considéré comme ayant été suspendu pendant tout le temps où le locataire réintégré a été privé de la jouissance des locaux et se trouve prolongé d'un délai égal.

Enfin tout locataire évincé qui n'a pu obtenir sa réintégration bénéficie d'un droit de priorité sur les locaux en cas de départ du locataire ou de l'occupant actuel, à la condition qu'il leur signifie au préalable par exploit d'huissier son intention de bénéficier de son droit de priorité.

Telles sont les dispositions essentielles de ce texte qui vient s'insérer dans l'arsenal si encombré déjà de la législation sur les loyers.

(*J.O.*, 15 novembre.)

ÉTUDES MÉDICALES

Décret du 6 *novembre* 1944 *rétablissant le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques*

ARTICLE PREMIER. — Est expressément constatée la nullité des actes suivants dits :

Décret du 16 mars 1943 relatif à l'institution d'un enseignement préparatoire aux études médicales, modifié par les actes dits décrets des 13 août 1943, 29 avril 1944 et 10 juin 1944 ;

Décret du 23 octobre 1943 relatif à l'enseignement préparatoire aux études médicales ;

Arrêté du 24 mai 1943 relatif aux programmes de l'enseignement préparatoire aux études médicales.

ART. 2. — Sont remises provisoirement en vigueur en attendant la réorganisation de l'enseignement préparatoire aux études médicales les dispositions des décrets du 23 janvier et du 6 mars 1934 relatives à l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et biologiques et au certificat d'études délivré à la suite de cet enseignement. Toutefois, le programme de biologie de ce certificat sera élargi dans les conditions qui seront fixées par arrêté du ministre de l'Education nationale.

ART. 3. — Les dispositions du présent décret sont applicables à partir de l'année scolaire 1944-1945.

(*J.O.*, 8 novembre)

EXPERTISES POUR LES CENTRES DE RÉFORME

Un *arrêté ministériel du 7 novembre* 1944 relève le taux des expertises, surexpertises et indemnités de déplacement allouées aux médecins experts et surexperts près les centres de réforme.

(*J.O.*, 15 novembre.)

PROTECTION DE LA MATERNITÉ ET DE L'ENFANCE

Décret du 8 *novembre fixant les conditions d'application de la loi provisoirement applicable du* 16 *décembre* 1942 *sur la protection de la maternité et de l'enfance.*

Ce décret détermine les formalités que doivent remplir les personnes qui réclament le bénéfice des dispositions du titre VI de la loi du 16 décembre 1942 (aide aux mères de famille, allocations journalières aux femmes en couches).

....

Le taux des allocations journalières est arrêté dans chaque commune par le préfet. L'allocation ne peut être inférieure à 7 fr. 50 ni supérieure à 22 fr. 50 par jour.

....

Le taux des primes d'allaitement est fixé à 120 fr. par mois pendant six mois et à 60 fr. pendant les deux mois suivants.

....

(*J.O.*, 15 novembre.)

RÉQUISITION DES AUTOMOBILES

Un arrêté du ministre de la Guerre du 16 *octobre* 1944 *fixe les prix de base des véhicules automobiles réquisitionnés par l'autorité militaire.*

(*J.O.*, 9 novembre.)

RÉQUISITION DES INFIRMIÈRES

Arrêté du ministre de la Santé publique du 4 *octobre* 1944.

ARTICLE PREMIER. — Les élèves ayant subi les épreuves du diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière, en novembre 1944, devant un jury nommé par le ministre de la Santé publique en date du 25 octobre 1944, sont mises en état de réquisition et tenues d'assurer leur service dans les établissements relevant de l'administration de l'Assistance publique de Paris.

(*J.O.*, 15 novembre.)

SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

Arrêté ministériel du 30 *octobre* 1944 *relevant les indemnités de déplacement.*

Par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du ministre des Finances en date du 30 octobre 1944, avec effet du 1er janvier 1944, l'article 1er de l'acte dit arrêté du 11 mars 1942, déjà modifié par l'acte dit arrêté du 28 janvier 1944, est à nouveau modifié de la façon suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner les soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit :

« Dans les régions de plaine : 3 fr. par kilomètre effectivement parcouru.

« Dans les régions de montagne : 3 fr. 50 par kilomètre effectivement parcouru ».

(*J.O.*, 9 novembre.)



ECHOS & COMMENTAIRES

VERS LA RENAISSANCE DES SYNDICATS MÉDICAUX. — L' « ALÉGALITÉ » RÉPUBLICAINE. — LA RÉFORME DES ASSURANCES SOCIALES. — QUELQUES MESURES ENVISAGÉES. — LES DIFFICULTÉS DE CIRCULATION.

Divers correspondants nous ont exprimé leur appréhension à propos de la renaissance des syndicats médicaux, annoncée dès le début de la libération et qu'ils sont surpris de ne pas voir encore réalisée. Certains ont même émis l'hypothèse que cet ajournement pourrait exprimer l'intention de rénover le syndicalisme en renouvelant les dirigeants.

Des renseignements obtenus à la meilleure source nous permettent de leur donner à cet égard tous apaisements. Il ne dépend pas du ministère de la Santé que l'organisation de la profession ne soit déjà en chantier. L'ordonnance à laquelle fait allusion une récente circulaire du ministère est soumise depuis déjà plusieurs semaines à l'examen des divers autres ministères intéressés. Peut être aura-t-elle été publiée lorsque paraîtra ce numéro.

La seule condition exigée des membres des bureaux syndicaux sera d'avoir satisfait à l'examen d'une commission d'épuration. A ceci près toutes les bonnes volontés et toutes les compétences, anciennes ou récentes, seront admises à coopérer dans l'œuvre constructive qui s'impose à la profession. Et il dépendra des médecins, par de libres discussions et des votes, d'en préciser eux-mêmes les contours.

C'est avec une insistance et une énergie que d'aucuns trouvent peut-être indiscrètes que nous demandons la publication rapide d'un statut régulier de la profession. Aussi croyons-nous utile d'illustrer, par quelques exemples concrets pris entre des dizaines d'autres, les mobiles qui nous guident.

Le Dr X..., malade, a eu recours aux services d'un remplaçant. A l'expiration du remplacement, ce dernier, enfreignant les directives du défunt Conseil de l'Ordre, vint s'installer à l'intérieur de la zone interdite par la déontologie et y concurrencer sans vergogne son confrère. A quelle autorité le Dr X... peut-il en ce moment faire appel?

Le Dr Y..., démobilisé fin août 1940, a été, lui aussi, remplacé pendant plusieurs semaines par un confrère qui, au retour du démobilisé, s'est installé un peu plus loin dans la même ville, en contravention avec les dispositions du décret du 20 mai 1940 et au mépris des droits d'un autre confrère prisonnier. Malgré l'avis défavorable des syndicats locaux et de la Préfecture, il obtint à l'époque une autorisation ministérielle et fut « tabou » durant toute l'occupation... Aujourd'hui le Dr Y... se demande s'il n'y a pas quelque chose à faire pour prouver à l'intrus qu'il y a encore des juges à Paris... Mais il faudrait d'abord trouver les juges..

(suite page 551)

PARTIE SCIENTIFIQUE

A PROPOS DE QUELQUES ASPECTS ANORMAUX DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

(Formes frissonnantes, Défervescence brusque et rapide, Endocardite)

par MM. G. BOUDIN et J. LAFOURCADE

Médecin et interne des Hôpitaux de Paris

L'Epidémie actuelle de fièvres typhoïdes nous donne l'occasion d'étudier cette maladie si riche en manifestations cliniques, qui peut toucher tous les organes et permet d'aborder tous les chapitres de la pathologie. Nous voulons, à propos de deux observations anormales, que nous avons recueillies dans notre service de l'hospice de Bicêtre, attirer l'attention des praticiens sur certains faits qui, de prime abord, peuvent paraître déroutants, et suscitent quelques réflexions.

***

1. **Forme frissonnante.** — Le grand frisson n'est pas un symptôme habituel de la fièvre typhoïde. On peut cependant l'observer au début de la maladie, au cours de certaines formes à début brusque et violent, ainsi que l'avaient déjà signalé, Trousseau, Widal et de nombreux auteurs classiques, notant toutefois la rareté de ce fait. Il semble qu'actuellement ce début brusque et frissonnant soit moins rare qu'autrefois, et récemment M. Pasteur Vallery-Radot a pu rassembler dans une communication douze observations à début frissonnant, comprenant sept formes à Eberth et cinq à para B (1).

De grands frissons peuvent également survenir au cours de l'évolution de la maladie, liés en général à l'existence d'une phlébite des membres inférieurs, qui se démasque dans les jours suivants. M. Lemierre a insisté sur cet aspect clinique anormal de la phlébite typhoïdique, réalisant de véritables formes frissonnantes pseudo-pyohémiques, dans lesquelles de grands frissons d'allure dramatique se répètent à intervalle variable jusqu'à six et neuf fois consécutives.

Dans l'observation que nous rapportons, de grands frissons marquèrent le début et la fin de la maladie, sans jamais qu'apparaisse la moindre complication veineuse cliniquement décelable.

M. Pe... Jean, 19 ans, ajusteur, est pris brusquement le 7 juin 1944 le matin à son réveil, d'un grand frisson intense et solennel qui se prolonge pendant plus d'une heure. Il ressent un malaise intense, une sensation de grande fatigue générale, bientôt accompagnée de somnolence et de phénomènes délirants. La température n'est pas prise. Le malade reste alité sans appeler de médecin.

Pendant quatre jours de suite ces phénomènes se reproduisent : grand frisson intense chaque matin, le malade s'agite, veut se lever, puis rapidement sombre dans un état somnolent. Son médecin le voit pour la première fois le 10 juin, 4e jour de la maladie, et constate une fièvre très élevée à 41°, un pouls à 140, petit et mou, un état de confusion mentale avec torpeur et délire, une hypertonie musculaire généralisée et des réflexes tendineux impossibles à mettre en évidence. Le malade est constipé, il n'a eu aucun vomissement.

Dans les jours qui suivent apparaissent des taches rosées, une splénomégalie ; une hémoculture est pratiquée. Mais, fait inquiétant, alors que la fièvre tombe très rapidement en 48 heures de 40° à 37°, l'état général s'aggrave ; des vomissements, du hoquet apparaissent, l'abdomen devient ballonné et douloureux à la pression, et la diurèse insignifiante. Craignant une perforation intestinale, le médecin traitant fait hospitaliser d'urgence le malade dans le service de chirurgie du docteur Toupet à l'hospice de Bicêtre, le 15 juin à minuit.

Aussitôt examiné, le malade frappe d'emblée par l'importance de son état typhique, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose, ne réagissant que faiblement aux diverses excitations cutanées. La langue est sèche et rôtie. L'abdomen est ballonné et météorisé, on y décèle trois ou quatre taches rosées ; la palpation révèle une défense diffuse sans zone de contracture nette ; on note un point douloureux para-ombilical avec une zone de défense musculaire plus marquée à ce niveau. La rate est palpable, le foie de dimensions normales. Le cœur est régulier, les bruits rapides, mais bien frappés, la tension artérielle est de 10/8. Le pouls est à 120. La température à 38°4. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal. Un examen radiologique ne montre pas de pneumopéritoine. On décide de surseoir à l'intervention et de laisser le malade sous surveillance chirurgicale. Les signes abdominaux paraissent régresser. Le malade est passé en médecine le lendemain.

A son admission dans le service de médecine, le 17 juin, 11e jour de la maladie, le tuphos persiste très intense avec carphologie, le facies est figé et hébété, la parole est lente et difficile, comme engluée. Il n'existe pas de fièvre (37°4). Le pouls est régulier et rapide, à 104. Sur le thorax et l'abdomen existent de très nombreuses taches rosées. L'abdomen est encore ballonné, la fosse iliaque droite gargouillante ; il existe toujours une zone douloureuse para-ombilicale gauche, avec une défense légère qui semble correspondre à une contracture du grand droit. La langue est blanche et saburrale, mais humide ; la gorge est normale. La rate est nettement palpable. La constipation est opiniâtre.

On est surtout frappé par l'importance de la symptomatologie nerveuse : outre l'importance du tuphos, on note une hypertonie des muscles de la nuque et des gouttières vertébrales, et une légère persévération des attitudes ; les réflexes tendineux sont faibles, les réflexes cutanés de même et difficiles à mettre en évidence ; il existe une rétention d'urine, et surtout on constate dans la région sacrée une escarre profonde et creusante, apparue précocement le 4e jour de la maladie. Une ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien normal.

(1) Pasteur, Vallery-Radot Domart et Goury-Laffant. — Fièvres typhoïdes à début par frissons. « Soc. Méd. Hop. Paris ». 25 juin 1943, p. 329.

Une hémoculture faite le 11[e] jour reste négative.
Numération globulaire :

Hématies	3.160.000
Hémoglobine	70
Leucocytes	**3.200**

Formule leucocytaire :

Poly. neutrophiles	37
Lymphocytes	39
Moyens mononucléaires	7
Monocytes	17

La réaction de Wassermann est négative.

L'évolution de la maladie paraît rapidement favorable : le tuphos se dissipe peu à peu et disparaît complètement vers le 15[e] jour. La température se maintient aux environs de 37°. L'abdomen est souple. Le cœur est normal, la tension artérielle bonne 13 ½/9 ½. Malgré cet aspect favorable du malade, et sans aucune modification de la courbe thermique, sans malaise général, des **hémorragies intestinales** de sang rouge de petite abondance surviennent les 21, 22, et 23 juin. Elles ne sont suivies d'aucune modification des signes abdominaux.

Le 25 juin, 19[e] jour, après une apyrexie de sept jours, survient dans l'après-midi un **grand frisson** intense, secouant le lit, avec claquement des dents. Il dure une demi-heure, et est suivi d'une poussée thermique à 39°. Le lendemain matin, le malade est apyrétique et se sent bien.

Pendant six jours consécutifs, du 25 juin au 1[e] juillet, vont se reproduire chaque après-midi presque à la même heure, un même frisson, intense et prolongé, accompagné d'une poussée de fièvre éphémère à 39 ou 40. Les 2, 3, 4 juillet, on note dans l'après-midi des poussées fébriles plus atténuées (38°2, 37°8) et sans frisson.

Le seul signe nouveau pendant cette période est la réapparition de quelques taches rosées au 4[e] frisson. L'abdomen est normal et souple, le cœur normal. Il n'existe **aucun signe de phlébite** des membres inférieurs ; il ne semble pas y avoir non plus de phlébite pelvienne, on ne note aucun signe urinaire ou rectal, aucune douleur profonde, le toucher rectal est normal. Les urines sont abondantes, claires et albumineuses. La constipation du début est remplacée par de la diarrhée ocre typiquement typhique.

Deux hémocultures pratiquées au moment des frissons restent négatives.

L'examen globulaire montre la persistance de la leucopénie (3.200) et de la mononucléose.

Plusieurs sérodiagnostics de Widal sont pratiqués :

Le 19 juin : négatif.
Le 23 juin : Eberth au 1/100 .
Le 4 juillet : Eberth au 1/50.
Le 14 juillet : négatif.
Le 26 juillet : négatif.

Des sérodiagnostics avec Leptospira icterohémorragia, et L. grippotyphosa sont négatifs le 7 juillet.

L'urée sanguine est de 0,27 le 6 juillet.

A partir du 6 juillet, 30[e] jour de la maladie, l'apyrexie demeure définitive. L'escarre sacrée se comble lentement. L'appétit est vif et le malade est réalimenté avec prudence.

Fin août, trois mois après le début de son affection, le malade est en excellente santé, il a repris son poids normal; seule persiste une alopécie du cuir chevelu, diffuse et profuse. Plusieurs coprocultures et deux bilicultures ont permis de suivre l'élimination du germe, montrant chaque fois un germe mobile, Gram négatif, faisant virer la gélose glucosée tournesolée.

De cette observation, plusieurs points particuliers nous semblent intéressants à relever.

Le diagnostic de typhoïde ne fait aucun doute : cliniquement le tuphos, les taches rosées, la grosse rate, la constipation, puis la diarrhée ocre, les hémorragies intestinales, les phénomènes péritonéaux sont suffisamment caractéristiques ; biologiquement la leucopénie avec mononucléose, le sérodiagnostic positif à deux reprises, les bilicultures, sont également formels. Le seul point anormal est la négativité des hémocultures : mais celles-ci ont été faites dans de mauvaises conditions, sur un milieu peu riche (bouillon ordinaire de l'Institut Pasteur), et mises dans des étuves à température variable en raison de la pénurie de gaz et d'électricité. Si bien que l'on peut vraisemblablement attribuer la négativité de nos hémocultures à des fautes de technique. Il est en effet anormal que les hémocultures, faites au moment des grands frissons, du 20[e] jour de la maladie, soient restées négatives.

L'importance et la répétition des grands frissons sont intéressantes à signaler : pendant quatre jours au début de la maladie de grands frissons solennels analogues à ceux de la pneumonie ont été le symptôme révélateur et dominant de la dothiénentérie, ce qui est déjà peu courant ; pendant six jours, du 19[e] au 25[e] jour de la maladie, ils sont réapparus avec une régularité et une constance impressionnantes, survenant à la même heure, ayant chaque fois les mêmes caractères. Nous avons cherché avec le plus grand soin un symptôme de phlébite, sans jamais le trouver, sans que d'ailleurs la moindre embolie ne survienne malgré la non-immobilisation du malade. Nous nous demandons s'il ne faut pas les interpréter comme une véritable rechute de la maladie qui aurait gardé le même caractère frissonnant dans chacun de ses épisodes déclenchants.

Un deuxième fait troublant est la chute rapide de la fièvre entre le 8[e] et le 10[e] jour de la maladie alors que persistait un tableau clinique grave et alarmant ; nous ne croyons pas qu'on puisse l'expliquer par des hémorragies intestinales qui ne sont survenues que le 15[e] jour de la maladie, pas plus que par les phénomènes péritonéaux qui n'ont pas abouti à la perforation.

L'importance des phénomènes nerveux est également à retenir : le tuphos profond, l'affaiblissement des réflexes, l'état d'hypertonie musculaire sont vraisemblablement liés à une encéphalite, qui a guérie sans laisser de séquelles appréciables jusqu'à maintenant. L'escarre précoce apparue dès le 4[e] jour est un signe de haute gravité de la maladie, elle a guérie complètement.

***

II. Endocardite typhique. — L'endocardite est une complication exceptionnelle des fièvres typhoïde ou paratyphoïde, et sa rareté s'oppose à la fréquence de la myocardite. Elle peut être due au bacille d'Eberth lui-même, ou plus souvent à un germe d'infection secondaire, le streptocoque en particulier, ainsi que M. Lemierre a pu le constater sur des coupes de végétations endocarditiques.

Cliniquement sa symptomatologie est en général noyée dans celle de la septicémie éberthienne. Lemierre l'a vue dans un cas déclencher de grands accès fébriles à partir du 16e jour, suivis d'une embolie massive de l'artère fémorale droite, avec gangrène du membre.

Nous avons pu en suivre récemment une observation clinique et anatomique.

Mme Th... Marcelle, 40 ans, est admise le 1e juin 1944 à l'hospice de Bicêtre pour une typhoïde d'allure sévère, en même temps que sa fille, atteinte de la même affection. Il semble s'agir d'une contamination collective familiale ; seul le mari, âgé de 50 ans, vacciné lors de la guerre de 1914-1918, est indemne.

Nos deux malades paraissent chacune dans un état grave ; leurs accidents ont débuté à peu près simultanément trois semaines auparavant par une élévation thermique progressive accompagnée de céphalée, constipation, anorexie et asthénie.

La fille, âgée de 18 ans, fera une typhoïde sévère, compliquée d'une myocardite, mais qui guérira parfaitement. Le sérodiagnostic de Widal est positif au para B au 1/300.

La mère, qui présente dans ses antécédents une cholécystite chronique, est atteinte d'une intolérance gastrique absolue, des vomissements suivant toute ingestion, même d'une quantité minime de liquide. L'état typhoïde est caractéristique : fièvre à 39°6, pouls dicrote et dissocié à 100, tuphos léger, céphalée, insomnie, constipation opiniâtre. Les lèvres sont fuligineuses, la langue sèche, rouge en son centre et blanche sur les bords, l'abdomen est souple avec une fosse iliaque droite douloureuse et gargouillante, la rate est palpable, le foie déborde de deux travers de doigts le rebord costal. Le rythme cardiaque est régulier, le premier bruit légèrement assourdi à la base, la tension artérielle à 12/8.

Il existe une anémie à 3.800.000 et une leucopénie à 4.800. L'hémoculture est négative.

Plusieurs complications vont venir aggraver cet état alarmant.

D'abord au niveau du cœur, on note le 12e jour un assourdissement global des bruits dans toute l'aire précordiale, avec tachycardie et bruit de galop ; le lendemain apparaît un souffle systolique de la pointe et la tension s'abaisse à 9 ½/5. Les jours suivants, le même état cardiaque persiste malgré la thérapeutique tonicardiaque, le souffle systolique devient très net, et l'on perçoit le 11 juin, un **thrill systolique mésocardiaque**, qui n'est plus retrouvé le lendemain. Un électrocardiogramme montre un bas voltage, un élargissement de l'onde rapide, et une disparition totale de l'onde T dans les trois dérivations. Une amélioration cardiaque se dessine peu à peu ; le 22e jour on ne perçoit plus ni souffle, ni bruit de galop ; les bruits du cœur sont bien frappés, quoique toujours rapides, seule la tension reste basse (8 ½/5). Jamais n'est survenu le moindre symptôme pulmonaire.

Des symptômes hépato-biliaires viennent, vers le 20e jour, se surajouter à ce tableau. Les vomissements du début persistent et deviennent incessants. La malade accuse une douleur sourde et profonde à l'hypocondre droit, et un subictère généralisé avec cholurie apparaît. Le foie est nettement augmenté de volume, la région vésiculaire est douloureuse à la palpation, avec une légère défense à son niveau.

Une chute thermique brutale de 40 à 35°5 survient deux jours plus tard, on ne constate aucun signe net de perforation, la leucocytose sanguine reste inchangée ; il n'y a pas de pneumopéritoine ; le chirurgien appelé conseille l'abstention. La cholestérolémie est de 1 gr. 05, l'urée sanguine de 0 gr. 82.

Six jours plus tard, alors que l'apyrexie persiste malgré un état général toujours très grave, surviennent des hémorragies intestinales de sang noir, de moyenne abondance, qui vont se répéter pendant quatre jours et aboutir à la mort.

L'autopsie fait le 27 juin, montre à l'ouverture de l'abdomen un épanchement abondant de liquide jaune sale. On ne trouve aucune perforation, tant intestinale que vésiculaire.

Les 80 derniers centimètres de l'iléon sont le siège d'une infiltration hémorrâgique de la muqueuse, avec de nombreuses plaques de Peyer ulcérées, mais sans perforation. Le reste de l'intestin grêle, le colon, l'estomac et l'œsophage sont normaux.

Le foie est augmenté de volume ; il apparaît, à la coupe, de couleur jaune ocre parsemé d'îlots d'infiltration sanguine. La vésicule adhère à la face inférieure du foie, au duodenum et à l'angle colique droit ; elle ne présente aucune perforation ; elle contient une bile épaisse, verdâtre, sans calculs.

La rate est augmentée de volume.

Le cœur est de tonicité normale, le myocarde à la coupe apparaît de couleur plus pâle que normalement. Surtout on constate, à l'ouverture des cavités cardiaques, une végétation de la grosseur d'une petite lentille siègeant sur le bord libre d'une sigmoïde aortique, et plusieurs végétations minuscules sur la valve mitrale.

Les poumons présentent de très nombreux infarctus noirâtres, caractéristiques, qui semblent littéralement les truffer.

Les reins sont augmentés de volumes, pâles à la coupe, avec une corticale amincie.

Examen histologique (Dr Bolgert).

L'endocarde présente des lésions d'endocardite récente avec végétations fibrineuses au niveau de l'orifice mitral. Après coloration de Gram, on constate l'existence de cocci et l'absence de bâtonnets. On note la présence de grosses cellules conjonctives qui se multiplient et tendent à prendre un aspect fibroblastique.

Les poumons présentent des lésions en lots formés d'une alvéolite hémorragique ; les hématies sont lysées, et dans le centre des nodules hémorragiques on trouve difficilement les parois alvéolaires. De nombreuses cellules blanches, parfois groupées en amas, sont disséminées sur les coupes et paraissent être des cellules alvéolaires mobilisées. On note de nombreux grains d'hémosidérine. En résumé, il s'agit, semble-t-il, plus d'une bronchopneumonie infarctoïde que d'infarctus typique, en raison de l'absence de limitation et de l'existence de quelques lésions d'alvéolite catarrhale dans l'intervalle des lésions infarctoïdes.

Le foie présente une stéatose massive : il ne persiste plus que quelques lots de cellules hépatiques saines disséminés dans les lobules. On note une hyperplasie des cellules de Kipfer qui ont un aspect arrondi, et leur état de conservation relative s'oppose à l'altération massive du tissu hépatique. Il existe un épaississement considérable de la capsule de Glisson.

Il existe, en résumé, une réaction de réticulose diffuse dans tous les organes, réaction courante dans les fièvres typhoïdes, et qui élimine toutes les septicémies à cocci.

L'intérêt de cette observation réside dans la rareté de l'endocardite typhique. Nous en avions émis l'hypothèse cliniquement devant la découverte d'un thrill, mais sans la retenir bien entendu.

On peut également s'étonner de l'importance des lésions pulmonaires anatomiques qui n'ont eu aucune traduction clinique. L'endocardite suffit-elle à les expliquer ? Nous ne le pensons pas, d'autant plus qu'histologiquement il semble s'agir plus de lésions bronchopneumoniques que d'infarctus typique. Lemierre a montré la fréquence des nodules bronchopneumoniques dans les septicémies steptococciques, sans aucune traduction clinique, et nous nous demandons s'il ne s'agit pas de phénomènes analogues. Faut-il au contraire invoquer des phénomènes de capillarite, dont on sait la fréquence dans les typhoïdes, ou même envisager un mécanisme central ? Ce sont là autant d'hypothèses !

***

Tels sont les quelques faits que nous tenions à signaler à propos de deux observations personnelles. Leur rareté n'en exclut pas la possibilité, et ils sont un exemple de plus de la diffusion des touches que peut réaliser la fièvre typhoïde, qui est l'une des maladies les plus instructives à étudier dans la pathologie.

RÉSUMÉ PRATIQUE SUR LES TUMEURS DE L'OVAIRE

Par Jacques **COURTOIS**
Accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Il est peu de chapitres nosographiques aussi complexes et obscurs. Nous voudrions essayer de simplifier et d'éclairer quelques-uns des aspects les mieux précisés de ce sujet difficile (voir Mac Carthy, Mathieu, Masson, Wallart, Mayer). Les tumeurs de l'ovaire peuvent se diviser en *cancers épithéliaux*, en sarcomes, en tératomes, en formes hormonales, en tumeurs conjonctives bénignes, en tumeurs de Brenner.

I. CANCERS ÉPITHÉLIAUX.

Primaires : Le **dysgerminome** ou **séminome** (autrefois par erreur appelé sarcome macro-cellulaire ou ovotestis). se voit de 5 à 20 ans, et s'accompagne souvent de pseudo-hermaphrodisme et d'organes génitaux atrophiés, il est une fois sur deux malin.

L'**adénocarcinome primaire** est soit une tumeur kystique cancérisée, soit un épithélioma médullaire très malin. Il se voit à tout âge, s'accompagne d'ascite et croît très vite.

Secondaires ou **tumeurs de Krükenberg**, métastases venues du tube digestif, de l'utérus ou du sein. Eclate en général au cours d'une gastropathie vers 40 ans : malignité extrême.

II. SARCOMES.

Primaires : Le **lymphosarcome microcellulaire** est un fibro-sarcome malin ; il se voit chez des femmes plus jeunes que celles atteintes de cancer épithélial.

Secondaires : sont très polymorphes. Tous malins.

III. TÉRATOMES.

Kystes dermoïdes simples (blastomes tératodïes de Muller ; dysembryomes de Masson). Mutations de restes embryonnaires se voyant à tout âge, ils contiennent les tissus les plus variés, sont parfois malins et ont une action hormonale très variable.

Tératomes, mélange de nodules solides et de kystes de Muline, soht bénins.

IV. FORMES HORMONALES.

Tumeurs à cellules thécales, surtout après la ménopause, s'accompagnent d'hémorragies périodiques, l'utérus est gros ; souvent malignes.

Tumeurs de la granulosa (ou folliculomes). Puberté précoce ; sexualité précoce ; règles après ménopause ; seraient peu souvent malignes.

Hypernéphromes ou arrhénoblastomes ; comprennent les **adénomes tubulaires** testiculaires de Pick qui, par exception, n'ont pas de sécrétion hormonale et les **formes atypiques transitoires de Meyer** ; se voient de 20 à 40 ans et sont caractérisées par : aménorrhée, stérilité, hirsutisme, virilisme, hyperclitoridie et hypertestostéronémie ; sont assez souvent malignes.

V. TUMEURS CONJONCTIVES BÉNIGNES.

Fibromes, grossissent lentement après la puberté, sont bénins. Devenus énormes s'accompagnent d'ascite et d'hydrothorax (syndrome de Meige).

Fibromyomes, rares.

VI. TUMEURS DE BRENNER.

Avec ou sans **kystome**, nodules dans des parois de kystes ; sont bénignes comme des tératomes. Elles se voient surtout après la ménopause.

***

CLASSIFICATION DES TUMEURS DE L'OVAIRE SELON LES SYMPTOMES SUIVANTS :

Selon l'âge :

De 5 à 20 ans : dysgerminome-séminome.

Après puberté : fibrome, sarcome, hypernéphrome ; Krükenberg (très tard souvent).

A la ménopause : tumeur de la granulosa.

Après la ménopause : tumeurs thécales, tumeurs de Brenner.

Selon les symptômes :

Unilatéral : toujours, tumeurs à cellules thécales, hypernéphrome atypique de Meyer, adénocarcinome primaire.

Surtout unilatéral : dysgerminome-séminone, Krükenberg, lymphosarcome microcellulaire, tumeurs de la granulosa, tumeurs conjonctives bénignes, tumeur de Brenner, kystomes.

Consistance cérébrale : dysgerminome-séminome.

Multinodules : hypernéphrome ; multinodules dans parois de kyste, tumeur de Brenner.

Adhérences : adénocarcinome primaire (adhérences précoces).

Ascite : Adénocarcinome ; fibrome.

(Syndrope de Meig : gros fibrome + ascite + hydrothorax),

Gastroentéropathie : Krükenberg.

Croissance : rapide, adénocarcinome ; lente, fibrome.

Troubles sexuels :

Hermaphrodisme, infantilisme vulvaire, mais parfois règles et grossesse normale : dysgerminome-séminome.

Masculinisme, stérilité, aménorrhée : hypernéphrome.

Puberté et sexualité précoces : folliculome de la granulosa.

Règles après ménopause : tumeurs de la thèque.

Hormones :

Féminines (folliculines et œstrogènes) : thèque et granulosa.

Hypophysaires : parfois les kystes dermoïdes et certaines séminomes.

Masculines (testostérone) : hypernéphrome.

***

Nous croirons avoir été utiles si l'on nous pardonne cette vue simplifiée des tumeurs de l'ovaire, parce que ce modeste travail n'avait qu'un but de schématisation commode à l'usage de la pratique.

ROLE, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS DE PUÉRICULTURE

par Pierre **LABIGNETTE**

Chef du laboratoire de la Maternité de l'hôpital Bretonneau

Certains praticiens, chargés récemment d'organiser des consultations de puériculture en province, se sont heurtés à quelques difficultés d'ordres différents, que ces quelques lignes aideront peut-être à aplanir.

Le rôle des consultations de puériculture est simple. Il consiste à surveiller la croissance, le poids, l'alimentation des nourrissons. La consultation de puériculture est destinée uniquement à **la surveillance des nourrissons bien portants**. Ce n'est pas une consultation de médecine infantile et les nourrissons malades n'y ont pas place. Tout au plus, le médecin donnera-t-il un avis à une mère sur un nourrisson malade au moment de la visite, mais ce ne sera jamais là qu'une consultation occasionnelle. Les nourrissons malades sont soignés à domicile ou dans les crèches des services de pédiatrie. Dans l'esprit de la loi qui a rendu obligatoire pour certaines catégories de nourrissons, notamment pour les enfants d'assurés sociaux, la visite mensuelle dans une consultation de puériculture, il est bien entendu que l'on ne veut y voir qu'un acte de médecine préventive. En effet, c'est dans le but de diminuer la mortalité infantile, qui était très élevée dans certains départements, que les pouvoirs publics ont pensé faire cesser cet état de choses en exigeant des mères qu'elles présentent périodiquement les enfants devant un médecin pour recevoir les conseils d'hygiène et de diététique nécessaires.

Dans l'exercice de cette médecine préventive et de direction, le médecin est souvent assisté d'une sage-femme. On sait, en effet, combien les sages-femmes sont amenées à rendre des services en puériculture. Il semble donc que leur place soit normalement indiquée dans les consultations de puériculture où leurs conseils, leur expérience et leur influence morale sur les mères ne peuvent être que salutaires. De plus, une consultation de puériculture, pour être plus utile, aura une assistante sociale, dont le rôle consistera à aider et à enquêter dans les familles, si la chose se révèle nécessaire. Une ou plusieurs infirmières seront indispensables selon l'importance de la consultation prévue. On se rappellera toujours à cet effet, que les consultations de puériculture risquent d'être désordonnées si un personnel, en nombre insuffisant, n'impose pas une certaine discipline au public.

Le local d'une consultation de puériculture doit être aussi central que possible et d'accès facile. Ordinairement, les mères préfèrent que le jour de la consultation ne coïncide pas avec celui du marché local. S'il est dans un hôpital ou un établissement public, il faudra s'assurer qu'il soit nettement isolé de toute contagion possible. Cela sera surtout à vérifier si une consultation était établie près ou dans un hôpital d'enfants. Ce local, vaste et bien aéré, comprendra une salle d'attente, une salle de déshabillage et de pesée, le cabinet médical, un isolement où un nourrisson reconnu malade ou contagieux sera immédiatement séparé des autres. Il est mieux d'établir un courant à sens unique pour que les mères et leurs nourrissons sortant du cabinet médical ne se heurtent pas à celles qui s'y rendent. D'ailleurs, certaines prescriptions indiquent que les consultations de puériculture doivent avoir deux issues. Actuellement, il faut aussi s'assurer de l'existence proche d'un ou plusieurs abris, où les consultantes et leurs enfants puissent se rendre en cas d'alerte aérienne. Enfin, un garage pour voitures est indispensable pour éviter un certain désordre à l'entrée et à la sortie.

La consultation doit se dérouler selon un ordre simple et rapide. Les mères, une fois entrées, laissent leurs voitures au garage où un numéro leur est remis. Elles se rendent avec leurs nourrissons à la salle d'attente. De là, elles pénètrent par petits groupes appelés dans la salle de déshabillage, où des boxes sont établis. Dans la première pièce du cabinet médical, la pesée de l'enfant sera faite et une sage-femme donne à la mère son avis et les conseils nécessaires. Ces conseils concernent habituellement le réglage de l'alimentation du nourrisson. Si tout est bien, l'enfant réhabillé termine son circuit avec sa mère par le bureau de l'assistante sociale et repart directement vers la sortie. Si au contraire, la sage-femme estime qu'un avis nettement médical est utile, la mère conduit son nourrisson dans la seconde pièce du cabinet médical, où se trouve le médecin, qui examinera le petit malade. Tout enfant reconnu malade à n'importe quel stade du circuit sera immédiatement séparé des autres et montré en priorité au médecin.

Ainsi organisée, une consultation de puériculture peut permettre l'examen de plusieurs dizaines d'enfants par séance. Il faut cependant éviter que la sage-femme et le médecin ne voient trop de nourrissons par séance. Il en résulterait pour eux une fatigue réelle et l'inconvénient de ne pouvoir accorder suffisamment d'attention et de temps à chaque cas particulier. Pour ma part, j'ai parfois été étonné du nombre trop considérable de nourrissons présentés ensemble à une même consultation. Il y avait pour le médecin une impossibilité matérielle absolue à faire correctement un examen pour chaque enfant. Cette constatation pourrait d'ailleurs s'appliquer à des consultations autres que celles de puériculture...

Il est bon de faire désinfecter les locaux de temps à autre. Bien entendu, la chambre d'isolement sera désinfectée chaque fois qu'un contagieux y aura été placé. Comme on le voit, les consultations de puériculture sont d'une grande nécessité pour guider les mères dans les premiers mois de la vie de leurs nourrissons. Grâce à elles, il y a une baisse de la mortalité infantile indiscutable, et il est souhaitable que leur institution ne soit pas seulement l'apanage des grandes villes et des centres ouvriers, mais aussi celui des villes de moindre importance, des chefs-lieux de canton et des gros bourgs.

LES CONGRÈS

JOURNÉE MÉDICALE DE L'ALPINISME
(28 juin 1944)

La Journée médicale de l'alpinisme, organisée sous le double patronage de la Fédération Française de la Montagne et du Club Alpin Français, s'est tenue au siège commun de ces deux associations, 7, rue La Boétie, à Paris, le 28 juin 1944.

Communications faites à cette Journée :

Dr Deschamps. — L'ophtalmie des neiges

L'ophtalmie des neiges est provoquée par l'action sur les yeux des rayons ultra-violets. Ces rayons sont particulièrement abondants dans l'irradiation solaire en haute montagne, augmentée par la réverbération sur la neige et le glacier. L'action de destruction cellulaire ne se développe que six à douze heures après l'irradiation et provoque de vives douleurs et un œdème quelquefois considérable des paupières avec blépharospasme, qui aveugle littéralement pendant deux à trois jours l'alpiniste imprudent. La guérison intégrale se fait en deux à quatre jours. Les moyens préventifs sont nombreux : lunettes à verres à l'oxyde de cérium, et mieux encore fumés, ou Fieuzal à verres larges, type Filtray stigmal.

Les moyens curatifs sont les lavages au sérum isotonique aux larmes, à 14 ‰, réalisable pratiquement avec un demi-litre d'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à café de sel fin, et les collyres calmants avec une solution huileuse ou aqueuse de cocaïne à 2 %.

Il faut éviter les pommades dites préventives aux sels de quinine.

Le Dr Marceron demande si les faux verres en matière plastique sont efficaces comme protection. Oui, répond le Dr Deschamps et ils ont l'avantage d'être incassables, bien que les accidents occasionnés par des verres cassés soient extrêmement rares.

Le Dr Madeuf remarque que les Esquimaux et les Thibétains ne souffrent pas d'accidents comme l'ophtalmie des neiges parce que leurs yeux sont très petits, qu'ils ont une façon particulière de regarder et que les radiations dans leurs contrées sont beaucoup moins violentes, car le soleil est toujours en oblique.

Le Dr Paul Huber présente quelques observations sur l'ophtalmie des neiges dans un groupe d'éclaireurs-skieurs et pendant la campagne de Norvège.

Dr Pierre Madeuf. — Le centre de contrôle de Chamonix

L'auteur expose les résultats obtenus au centre de contrôle médical de Chamonix créé par le C.A.F. en 1943.

En 1943, la saison alpine a été marquée par une série d'accidents d'un caractère nouveau, traduisant vraisemblablement un fléchissement profond de la résistance organique. Le Dr Madeuf signale notamment que la pratique de l'alpinisme impose un surcroît de travail au ventricule droit. Il semble que les médecins disposent, en l'épreuve Martin-Flack, d'une épreuve fonctionnelle de la circulation droite de grande valeur.

Sur la question du froid en montagne, il fait connaître que le Syndicat des Textiles effectue pour le compte du Club Alpin une série de recherches qui permettront de déterminer les effets du matelas d'air compris entre les vêtements et de préciser par suite la meilleure façon de se protéger contre le froid.

Dr Latarjet. — *Radiations solaires en montagne*

Dr Marceron. — Psychologie et montagne

ESSAI DE TRAITEMENT DE L'OXYCARBONÉMIE CHRONIQUE

Devant l'emploi journellement augmentant des gazogènes, le nombre des intoxications chroniques par l'oxyde de carbone a, lui aussi, notablement augmenté.

La méthode de Nicloux par l'extraction des gaz du sang permet de se rendre compte de l'augmentation du taux du CO du sang, taux qui atteint quelquefois 2 %.

Le traitement de cette oxycarbonémie chronique a été jusqu'ici très décevant et a consisté uniquement en une interruption de travail et en une cure d'air urbaine ou rurale, dont la durée s'échelonnait jusqu'à trois mois quelquefois, sans que l'oxycarbonémie présente une baisse notable.

Partant de l'idée qu'un apport de produit suroxygéné favoriserait la défixation du CO du sang, nous avons institué chez des malades présentant une oxycarbonémie chroniquement élevée, un traitement par l'essence de térébenthine ozonisée en suspension aqueuse. Déjà, par l'administration orale, les résultats ont été très favorables et des réductions notables du taux du CO ont été obtenues en quelques semaines.

Nous nous demandons, et nous soumettons cette question aux confrères qu'elle risque d'intéresser, si l'administration de cette drogue par une voie plus active (injection intramusculaire ou intraveineuse) ne serait pas capable d'amener des améliorations rapides de ces oxycarbonémies tenaces, auxquelles on est redevable, en milieu industriel, de pas mal de troubles et de pas mal d'interruptions de travail.

Dr Léon GERBER
Suresnes (Seine)

LES THÈSES

Dr Eric Nègre. — **Innervation du carrefour iléo-cæco-appendiculaire.** (Thèse de Montpellier).

Ce travail du laboratoire d'anatomie et de la Clinique chirurgicale A du Pr Massabuau, repose sur des dissections personnelles du système nerveux du carrefour digestif inférieur chez le fœtus et l'adulte.

Le système extrinsèque comprend deux pédicules divergents : l'un, externe, gagne la valvule de Bauhin, le cæcum et l'appendice, l'autre, interne, est destiné à l'anse termino-iléale. Celle-ci a une individualité propre, car dotée d'une musculature lisse très développée et d'un système d'innervation autonome particulièrement riche en ce point.

Avec beaucoup de réserve, l'auteur exprime à la fin de son étude quelques déductions simples concernant la physiopathologie de l'appendice, de l'iléite terminale et de l'invagination iléo-cæcale.

René Joyeux.

LES LIVRES

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

Editions Joseph-Charles
50, rue Saint-Ferdinand, Paris (17e)

Henri Mangin. — **Etude clinique et psychologique des ongles** (Onycho-diagnostic). Préface du Dr L. MacAuliffe, avec une note et des dessins de coupes histologiques par M. E. A. Gaudfernau, et un chapitre de thérapeutique homéopathique du Dr Fortier-Bernoville. Un vol., 218 p., 65 fig., 9 planches. 1944. Prix : 135 francs.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au sujet du botulisme

(M. H. Martel ; 25-4-1944)

Revenant sur la question du botulisme, M. Martel rappelle les conseils prophylactiques formulés à ce sujet, il y a cinquante ans, par Van Ermengem lors de son travail princeps sur le Bacillus botulinus et l'intoxication botulique : 1° ne pas consommer d'aliments conservés lorsqu'ils sont crus (jambon salé non cuit) ; 2° réaliser en tous temps une cuisson suffisante ; 3° éviter de consommer des conserves de viande dégageant l'odeur de rance ; 4° s'assurer que les jambons ont été salés en saumure assez riche en sel. Ces conseils sont d'une manière générale ceux que donnent M. Legroux et Mme Jeramec, dans leur communication du 14-3-1944 ; ils y ajoutent l'utilité de n'abattre les porcs que reposés et à jeun, et voudraient obtenir la suppression de l'abatage de ces animaux en été.

Pour lutter contre la contamination extérieure des chairs, l'extrême propreté, à l'abatage et au cours de la préparation et du salage, doit s'inscrire en premier lieu. Le jeûne de l'animal avant l'abatage vise le but suivant : empêcher que les bactéries du tube digestif ne puissent infecter les tissus par voie sanguine. Cette infection par les bactéries du tube digestif au cours de la digestion a été signalée, il y a plus d'un demi-siècle, par Nocard. S'il est vrai, d'autre part, que la période d'été est défavorable aux salaisons de viandes, il faut reconnaître que l'emploi du froid et des frigorifiques permet de faire des salaisons douces en toutes saisons.

La toxine botulique est peu résistante à la chaleur. Les chairs conduisant mal la chaleur, la cuisson doit toutefois être assez prolongée. Le temps d'ébullition variera suivant l'épaisseur du jambon. Un jambon de 5 kg., par exemple, demande environ quatre heures de cuisson à 100° pour la destruction en profondeur de la toxine botulique.

Diphtérie et vaccinations

(M. Albert Besson. — Présentation par M. Tanon ; 25-4-1944)

M. Besson présente des statistiques relatives aux cas de diphtérie récemment observés, d'une part à Paris et d'autre part dans une localité de banlieue parisienne. Sur un total de 3.999 cas de diphtérie signalés à Paris en 1941-42-43, la léthalité a été de 1 % pour les malades correctement vaccinés, de 3,1 % pour les malades partiellement vaccinés et de 6,6 % pour les malades non vaccinés. Dans la localité de banlieue, les 12 cas de diphtérie enregistrés en 1942-43 ne concernaient que des sujets partiellement vaccinés ou non vaccinés, la léthalité ayant été nulle chez les premiers et de 12 % chez les seconds. En résumé : notable réduction de la morbidité diphtérique et réduction quasi totale du nombre des décès chez les vaccinés.

Premiers résultats d'une campagne de vaccination antidiphtérique. La diphtérie devient une maladie de l'adulte.

(M. P. Poulain. — Présentation par M. Ramon ; 9-5-1944)

M. Poulain, directeur des services d'hygiène de la ville de Lyon, expose les premiers résultats d'une campagne de vaccination antidiphtérique obligatoire chez l'enfant.

A Lyon, la vaccination antidiphtérique obligatoire n'a été entreprise qu'en 1943. Au cours de la forte poussée épidémique de diphtérie observée dans cette ville pendant l'année 1943, continuant une poussée déjà notée en 1942, les constatations suivantes ont pu être faites : chez les enfants de 3 à 6 ans, dont une partie seulement a été vaccinée au début de l'année, légère augmentation des cas de diphtérie pendant le premier semestre et baisse de plus de moitié pendant le deuxième semestre. Chez les enfants de 6 à 15 ans, vaccinés dès le début de l'année, baisse des cas de diphtérie dès le premier semestre, baisse très accusée pendant le deuxième semestre (pourcentage passant de 41 % à 14 %). Aucun décès n'a été enregistré chez des vaccinés. L'épidémie a touché surtout la population adulte, de plus de 15 ans, et les enfants de 0 à 3 ans avant leur vaccination.

Ces résultats montrent à nouveau l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine diphtérique, vaccination qu'il sera peut-être utile d'étendre chez l'adulte, jusqu'à l'âge de 30 ans.

La cholinestérase dans les affections hépatiques

(MM. Noël Fiessinger, G. Glomaud et Carlotti ; 9-5-1944)

Dans les cirrhoses et les affections hépatiques décompensées, on note un abaissement très important de la cholinestérase du sérum. L'abaissement de la cholinestérase a été signalé également dans des affections diverses extra-hépatiques : certaines anémies, certains cancers, certaines pneumopathies aiguës, etc. Il n'y a donc pas là un trouble caractéristique des affections du foie, mais le dosage de la cholinestérase peut fournir un élément de pronostic en pathologie hépatique et prendre place à ce titre dans la clinique courante des maladies du foie.

Aliments économiseurs de lait.

(MM. Jean Lévesque et R. Jacquot ; 16-5-1944.)

La question des aliments économiseurs de lait présente, dans les temps actuels, un intérêt particulier. Avant la guerre, déjà, des régimes dits sans lait, ou plus exactement avec une faible quantité de lait, avaient été proposés dans l'alimentation de certains nourrissons. M. Ribadeau-Dumas avait étudié à ce point de vue la farine de tournesol et M. Maillet le soja. Ces auteurs avaient montré que les farines azotées de tournesol, de soja, mélangées à des farines de céréales, avec un complément de 10 % de lait, pouvaient entrer utilement dans la diététique infantile. Deux produits industriels furent préparés, répondant aux formules données.

Partant non plus de protéines végétales mais d'éléments différents, MM. Lévesque et Jacquot ont utilisé une poudre composée de caséine, farine de céréale, levure, saccharose, sels de calcium, phosphore, sodium, fer. Ce produit, avec l'appoint d'un peu d'huile de foie de morue et d'acide ascorbique, leur a permis d'élever normalement pendant dix jours des nourrissons de deux à quatre mois. Chez les enfants plus grands, une partie de la ration doit être fournie par le lait ou les bouillies. Le lait écrémé caramélisé, mélangé à des farines et des levures, constitue un autre source d'économie de lait.

M. Lesné souligne l'intérêt qu'il y a à mettre à la disposition des médecins et des familles ces divers aliments. Ils conviennent plus particulièrement aux nourrissons au-dessus de six mois, mais il est nécessaire d'y ajouter un apport de lait de 10 % de la valeur calorique totale du régime et de compléter chaque jour par X à XX gouttes d'huile de foie de poisson et 50 milligrammes d'acide ascorbique.

P. L.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos de trois observations de protrusion acétabulaire.

(M. Alain Mouchet ; 23-2-1944)

La protrusion acétabulaire est caractérisée anatomiquement par la saillie dans le petit bassin d'un ou des deux cotyles et de la tête fémorale. Affection assez rare, sa pathogénie reste imprécise (congénitalité, dystrophie, arthritisme ?). Sa symptomatologie comporte une gêne très variable dans les mouvements de la hanche (limitation de l'abduction) et parfois des douleurs. Diagnostic par la radiographie. Le traitement peut être médical (repos au lit, infiltrations de novocaïne) ou chirurgical : de nombreuses interventions chirurgicales ont été proposées.

M. Alain Mouchet en présente trois observations. Dans un cas, où des douleurs intolérables empêchaient la marche, il a obtenu un résultat intéressant par une opération bénigne : la névrotomie des nerfs obturateurs.

L'ablation du ganglion aortico-rénal dans le traitement des petites hydronéphroses douloureuses.

(MM. R. Fontaine, Forster et D. Ambard. — Lecture par M. Roger Couvelaire ; 1-3-1944)

Sur la médication iodo-sulfamidée

(M. R. Legroux ; 19-4-1944)

M. Legroux rappelle que, dans la médication iodo-sulfamidée, les doses d'iode métalloïdique doivent être de l'ordre de 2 gr. au minimum, allant jusqu'à 6 gr., surtout au début du traitement des formes graves. Il pense que c'est en partie à l'insuffisance des doses de ce médicament que des résultats médiocres, ou mauvais, ont été observés. Lorsque, au lieu d'iodoprotide, dont chaque comprimé de 0 gr. 25 correspond à 0 gr. 10 d'iode métalloïde, on a utilisé la solution de Lugol du Codex (C gouttes de celle-ci représentant 0 gr. 65 d'iode), la quantité d'iode administrée a été souvent insuffisante. Bien entendu, les doses de sulfamide devront être de leur côté d'autant plus fortes que l'infection est plus grave.

Pour éviter les troubles possibles de la leucocytogénèse à la suite de la sulfamidothérapie à hautes doses, l'auteur conseille que ces cures soient établies pendant *cinq jours consécutifs, puis* interrompues pendant quarante-huit heures. C'est, en effet, toujours vers le sixième ou septième jour du traitement que les troubles anémiques peuvent apparaître, dus probablement à une rétention sulfamidienne. Pendant les deux jours de repos, on fera le titrage du sulfamide dans la circulation et dans l'urine ; après avoir constaté le deuxième jour l'abaissement de la sulfamidémie, on pourra reprendre le traitement pour une nouvelle période de cinq jours.

M. Legroux rappelle enfin le principe de la sulfamidothérapie, à savoir la présence continue du sulfamide dans la circulation sanguine, au taux moyen de 5 mgr. par 100 cm^3 de sang, condition de la bactériostase.

Un signe clinique de perforation d'ulcus.

(M. Breton, de Pontoise.
Rapport de M. Moulonguet ; 3-5-1944.)

La disparition de la matité hépatique est un signe classique de perforation du tube digestif, de perforation d'ulcus gastrique en particulier. Ce signe traduit l'existence d'un épanchement d'air abondant dans la cavité péritonéale. Toutefois, lorsque l'épanchement d'air est minime, qu'il s'agisse de perforation très récente, de perforation de [très petit calibre ou partiellement obturée, la matité hépatique reste alors, en gros, conservée.

Dans des cas de ce genre, M. Breton montre qu'un épanchement d'air minime peut néanmoins être cliniquement décelé, dans certaines conditions, et que l'on peut ainsi retrouver partiellement le signe de la disparition de la matité hépatique. Le malade étant couché sur le dos, entre la sonorité pulmonaire normale, en haut, et la matité hépatique conservée en bas, existe une bande transversale franchement tympanique, décelable à la percussion légère et attentive, large de deux à trois travers de doigts, à limite horizontale supérieure au-dessous du mamelon, à limite horizontale inférieure passant au voisinage de la base de l'appendice xyphoïde et à limite externe vers la ligne axillaire. L'examen radiographique de profil, en position couchée, peut montrer à ce niveau une bulle gazeuse entre la paroi thoracique et la partie supérieure de la face antérieure du foie.

En trois années, l'auteur a observé ce signe une dizaine de fois dans des perforations d'ulcus récentes ou de très petit calibre.

P. L.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 21-2-1944

Appendicite et grossesse

(M. P. Ulrich)

L'appendicite aiguë pendant la grossesse, surtout pendant les derniers mois, est une affection très rare. En revanche, le pronostic qui accompagne cette complication à cette période est sombre. La mortalité par appendicite aiguë dans la grossesse avancée est de 30 à 50 %, celle de l'enfant atteint 70 %. Elle est donc cinq fois celle de la femme non enceinte ou au début de la gestation (5 à 8 %).

Un signe permettant le dépistage précoce de l'appendicite gravidique serait le signe de la contraction permanente de l'utérus.

Séance du 20-3-1944

Résultats d'une enquête sur les aménorrhées de guerre dans le milieu rural

(M. Maurice Fabre)

Le pourcentage des aménorrhées de guerre dans le milieu rural est beaucoup moins important que dans les agglomérations urbaines. L'auteur a relevé 1 % seulement d'aménorrhées dans deux régions rurales du Centre de la France alors que dans la région parisienne par exemple on les évalue à 7 ou 8 %. Les deux causes admises : alimentation et influence des chocs nerveux sont confirmées par cette enquête.

Séance du 17-4-1944

A propos de l'insémination artificielle

(M. R. Palmer)

M. R. Palmer présente une statistiquede 30 cas d'insémination artificielle avec 6 succès qui correspondent à 2 oligoasthénospermies, 3 stérilités cervicales rebelles, 1 cas mixte. Dans tous les [succès une insémination avait été pratiquée la veille ou l'avant-veille de l'élévation thermique. Dans 5 cas les inséminations avaient été faites avec deux ou trois dixièmes de centimètre cube de sperme pur, obtenu par masturbation, homogénéisé pendant vingt minutes à 15°. Dans un cas d'oligoasthéno-spermie on avait utilisé du sperme dilué dans la solution de Joel au chlorure de magnésium.

Gangrène génito-pelvienne foudroyante. Etude clinique d'un infarctus génital gangréneux après tentative d'avortement

(M. S. Blanguernon)

Cette observation se caractérise : étiologiquement, par l'absence de toute infection intra-utérine ; cliniquement, par l'opposition entre des signes cliniques estompés et l'extension foudroyante des lésions ; bactériologiquement, par l'identification des perfringens. L'auteur conclut à la nécessité d'intervenir chirurgicalement, sans attendre des signes cliniques nets, dès que l'on peut suspecter des lésions de cet ordre.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 8-2-1944

Le B.C.G. par scarifications cutanées
(MM. Courcoux, P. Boulanger et A. C. Maclouf)

1° 89 sujets ont été prémunis par le B.C.G. Sur ce nombre, 78 ont été suivis et éprouvés, de cinq à dix semaines après la vaccination. On a obtenu les résultats suivants avec l'I.D.R. à 1 cg ; 65 réponses positives, soit dans 95,5 % des cas ; 2 réponses douteuses, soit dans 3 % des cas ; 1 réponse négative soit dans 1,5 % des cas.

2° La longueur totale des scarifications intervient dans la rapidité de la production de l'allergie cutanée. Plus les scarifications sont nombreuses et plus l'apparition de l'allergie est précoce. La durée de la période anté-allergique est peut-être moins fonction du nombre ou de la virulence des bacilles que du nombre de portes d'entrée ou de la répétition des apports bacillaires.

3° On obtient une réponse positive plus amplifiée et plus précoce en utilisant une forte dose de tuberculine (1 cg par voie intradermique) dans la recherche de l'allergie consécutive du B.C.G.

Séance du 9 mai 1944

Avortement spontané chez les animaux
(F. Dadot)

Le nombre et la nature des avortements sont variables avec les espèces animales, avec les différentes régions, et suivant les années. On peut admettre que 15 à 20 % des vaches pleines avortent. En ce qui concerne l'espèce chevaline, les avortements sont fréquents ; de même dans l'espèce ovine. Dans l'espèce caprine, les avortements spontanés sont exceptionnels, par contre les accouchements dystociques sont fréquents. Dans l'espèce porcine, les avortements sont exceptionnels.

Le vétérinaire a pour devoir de lutter contre les avortements par tous les moyens dont il dispose. Il est des avortements mécaniques contre lesquels il est impuissant (ceux résultant d'une disproportion entre la capacité de l'utérus gravide et le volume de la masse fœtale). Il devra donner des conseils judicieux aux éleveurs, contribuant ainsi à la suppression d'un grand nombre d'avortements provoqués par des traumas, par l'ingestion d'aliments toxiques ou de boissons froides ou par des auto-intoxications. Le dépistage de carences alimentaires et de certaines alimentations trop riches en protides lu permettra de faire cesser certains avortements multiples. Les affections utérines subaiguës ou chroniques seront traitées, de façon à éviter les troubles de la nidation et les avortements qui en découlent. En cas d'avortements multiples, il devra chercher à identifier le germe pathogène qui les provoque (maladies vénériennes, brucellose, salmonellose, colibacillose). Si ces examens sont négatifs, il devra penser à l'action fâcheuse d'un gène léthal. Si la femelle avortée est inscrite à un livre généalogique tenu suivant les règles de la génétique moderne, il pourra se mettre en rapports avec le généticien. Il serait à souhaiter que les propriétaires d'animaux suivent les conseils judicieux des praticiens.

LA PRESSE

Streptocoque hémolytique et contagion de la scarlatine. — Les raisons qui militent en faveur de l'origine streptococcique de la scarlatine montrent la valeur de la recherche bactériologique dans la contagion de cette affection. Qu'il s'agisse de scarlatine typique, de scarlatine fruste ou maligne, d'angine rouge sans éruption en milieu épidémique, de scarlatine puerpérale, chirurgicale ou des brûlés, le streptocoque hémolytique s'y retrouve immanquablement, comme aussi dans les cas de scarlatine apparaissant autour de ces malades. Lorsqu'on fait, comme le professeur agrégé *H. Bonnet*, des cultures systématiques de sécrétions pharyngées chez les scarlatineux, on remarque une diminution brutale des colonies du streptocoque hémolytique, puis leur disparition entre le 20e et le 25e jour, plus souvent entre le 25e et le 30e jour ; quelquefois aussi le streptocoque hémolytique persiste au delà du 50e ou 60e jour. On peut en déduire que sa recherche dans la période terminale de la scarlatine a une grande valeur au point de vue prophylactique. Elle peut servir de véritable critère de la contagiosité, et doit être appelée à remplacer le délai quarantenaire qui est, le plus souvent, trop long, et parfois trop court. (*Paris Médical*, 25 avril 1944.)

La théophylline, médicament spécifique de la dyspnée de Cheyne-Stokes. — Le titre confirme un résultat positif important obtenu au cours de leurs recherches par *MM. Lian, Facquet et Frumusan*, alors que les thérapeutiques cardio-dynamiques restaient souvent sans effet sur cette dyspnée, extrêmement pénible. L'action de la théophylline peut être réalisée jusqu'à un stade parfois très avancé de l'insuffisance cardiaque. Lorsque son effet bienfaisant ne se produit plus, c'est que le stade du trouble circulatoire est si avancé que la dyspnée périodique n'est plus qu'un des éléments d'un ensemble de manifestations extrêmement graves, toutes au-dessus des ressources thérapeutiques. Aucun autre médicament réputé analeptique respiratoire (camphre, cardiazol, coramine, hexétone, lobéline, caféine) ne possède une action aussi efficace, aussi immédiate, et parfois aussi durable sur le rythme de Cheyne-Stokes. Il est bon, toutefois, de ne pas négliger la mise en œuvre des autres traitements classiques de l'insuffisance cardiaque : repos complet, alimentation déchlorurée et restriction des liquides en cas d'œdèmes, saignée, médicaments cardio-dynamiques et diurétiques habituels. Par contre, il faut proscrire formellement les opiacés et ne recourir éventuellement qu'à de petites doses de barbituriques.

On conseillera l'administration biquotidienne du produit : le matin, injections intraveineuse lente (3 minutes) de 0 gr. 25 (dose à ne pas dépasser pour éviter des accidents dus à la voie intraveineuse), de théophylline-ethylène-diamine ou de théophylline calcique ; on peut y ajouter une ampoule d'1/4 de mg. d'ouabaïne. Le soir, injection intramusculaire de 0 gr. 50 de théophylline ; cette dernière pourrait, au besoin, être remplacée par un suppositoire de 0 gr. 35 du même produit. Cette thérapeutique sera poursuivie tous les jours pendant huit à dix jours pour consolider le résultat obtenu, en général dès la fin de la première injection. Dans les cas invétérés, les prescriptions quotidiennes pourront être maintenues pendant plusieurs mois sans inconvénients. En dehors de son action respiratoire, la théophylline ne pourra avoir qu'une influence heureuse sur l'insuffisance cardiaque, en favorisant la diurèse. (*La Presse Médicale*, 8 juillet 1944.) G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'AIDE AUX MÉDECINS SINISTRÉS

Un communiqué de la Commission des médecins sinistrés chargée de répartir entre les ayants droit les sommes recueillies lors d'un premier appel aux médecins français rend compte de la situation au début de novembre. Ainsi que l'on pouvait le présager, les cinq derniers mois ont accru considérablement le nombre de nos confrères lésés dans leurs biens par la guerre. La seule Normandie compte 200 médecins sinistrés totaux. Les zones côtières du Nord-Ouest et du Midi, certains itinéraires de retraite des armées allemandes en ajoutent, il faut le craindre, quelques centaines de plus. Resteront encore la ligne actuelle du front dans l'Est, les régions de Dunkerque et des ports sur l'Atlantique toujours occupés par l'ennemi. Et les dévastations n'avaient malheureusement pas commencé à l'été 1944 ! Quels seront les chiffres définitifs ? On redoute de l'imaginer. La seule certitude acquise jusqu'à présent c'est que, à la différence de la guerre précédente, les victimes ne se localisent plus dans quelques départements du Nord-Est. Il n'est pas une seule région même parmi les plus retirées, qui n'ait eu à souffrir : le cataclysme est, cette fois, à l'échelle même du territoire national. C'est donc aussi à cette échelle qu'il convient d'envisager les mesures de défense. Tel était bien du reste l'esprit dans lequel le défunt Conseil National de l'Ordre avait créé une caisse centrale pour répartir équitablement les fonds obtenus de l'ensemble du corps médical.

Or cette caisse s'épuise devant l'afflux des demandes et le moment approche où un second versement devra être envisagé si l'on veut maintenir au taux de dix mille francs le subside alloué à tout médecin sinistré total.

***

Quelle que soit la contribution des confrères qui ont eu le privilège d'échapper à la dévastation guerrière, le secours financier d'urgence ne résout cependant pas les difficultés majeures soudain dressées devant les sinistrés. Elle leur laisse un temps de répit pour surmonter le désarroi des premiers moments, elle leur permet de prendre un peu de champ avant de s'attaquer à l'adversité ; c'est tout. Un sinistré total, c'est l'homme qui a perdu, souvent en l'espace de quelques heures et avant d'avoir pu en garer quoi que ce soit, tout ce qu'il possédait, tout ce qui conditionnait sa vie et son activité d'homme : maison, meubles, linge, vêtements, livres, archives, instruments, appareils. Tout a été réduit en miettes par l'explosion, en fumée par l'incendie, et le malheureux s'est trouvé, un matin, aussi dépourvu qu'un vagabond. Il est parti droit devant lui n'ayant pas le cœur de jeter un regard par dessus son épaule sur les lieux qui l'avaient vu prospère et heureux et où ses yeux chercheraient vainement même un souvenir. En juin et juillet dernier, ceux de Normandie refluaient sur Paris, ayant parcouru à pied des centaines de kilomètres ; ils disaient : Vous voyez sur moi tout ce que je possède encore : ce complet fatigué, ce manteau, et les miens sont dans un dénuement semblable, Il nous reste ce que nous avions hâtivement jeté sur notre dos la nuit du bombardement. Quelques-uns étaient même sans argent et se demandaient où ils trouveraient un abri. Voilà les « sinistrés totaux » tels que les fait cette guerre. Comment secourir de telles infortunes ?

La somme qu'on leur met dans la main boulevard Latour-Maubourg n'est certes pas à dédaigner. Elle représente le vivre et le couvert pour une famille durant deux ou trois mois. Mais la préoccupation essentielle demeure entière : reconstituer un foyer, nicher la famille, pourvoir à l'avenir des enfants. Le père n'a pas le choix ; il n'est qu'une solution à ces pressants problèmes : reprendre dans le moindre délai son activité. Tous nos visiteurs nous posent la même question : Pouvez-vous m'indiquer un endroit où travailler ? C'est sur cette orientation qu'il faut sans nul doute centrer l'assistance aux sinistrés. Tout le reste est épisodique et de courte efficacité.

***

Or, les besoins et les souhaits ne sont pas les mêmes pour tous. Jusqu'à l'âge de 40 ou 45 ans, et s'il lui reste quelque chose de son avoir liquide, le médecin souhaite reprendre l'exercice de la clientèle et demande qu'on lui indique quelques postes vacants. A partir de la cinquantaine et si son dénuement est total, il hésite devant l'aléa et les fatigues d'un recommencement et souhaite une place de médecine administrative, de médecine de contrôle ; les caisses d'assurances sociales et les usines lui apparaissent d'enviables refuges où, ayant résigné l'ambition des gros revenus, il pourrait se remettre peu à peu du bouleversement qu'il a subi.

Je ne méconnais pas que les dirigeants des caisses d'assurances sociales et de la médecine du travail vont pousser les hauts cris en rappelant le rôle éminent et singulièrement actif qu'ils ont l'intention de faire jouer à leurs médecins. Les uns comme les autres conçoivent précisément que seuls des médecins jeunes et pleins d'allant, appelés par une véritable vocation et ayant reçu une formation spéciale, peuvent occuper valablement les postes de médecins conseils ou de médecins d'usine. Les instituts destinés à préparer ces véritables spécialistes ont d'ailleurs été créés et depuis quelques années déjà recrutent leurs élèves parmi les jeunes frais émoulus de l'Université. Oui ! je sais tout cela et n'en poursuis pas moins mon raisonnement. Un médecin sinistré de 50 ans, s'il redoute de reprendre la médecine de clientèle comme à ses débuts n'est pas pour cela un homme fini, à laisser douillettement vieillir dans une sinécure. Il possède un acquis, une science pra-

tique dont il peut faire un précieux usage en médecine de contrôle ou comme médecin du travail. Pas davantage son cerveau n'est-il éteint : il pourrait, tout en gagnant sa vie, acquérir cette formation spéciale qu'on estime à bon droit exigible en de telles fonctions et que l'on impose aux jeunes avant de les laisser entrer dans la carrière.

Je ne pense pas au demeurant qu'un médecin qui se sent sur les bras une famille à faire vivre soit disposé à somnoler comme un retraité uniquement désireux de bonifier quelque peu sa pension.

En tous cas, les projets les plus séduisants sont soumis, aujourd'hui plus que jamais, aux nécessités de l'heure. Une des nécessités devant laquelle il n'est permis à personne de reculer, c'est que la solidarité nationale s'exerce en faveur de ceux qui ont souffert des atteintes de la guerre. La Nation leur allouera comme elle pourra (si elle le peut jamais !) des dédommagements financiers. Ce n'est en tous cas qu'une éventualité à longue échéance. Il reste au corps professionnel à repêcher des naufragés en danger de sombrer et à leur apporter tout de suite l'aide substantielle, effective qui leur est due. Aux subsides immédiats, il nous faut juxtaposer un autre don, celui que les sinistrés eux-mêmes demandent plus que tout autre : le chantier de travail. C'est du reste tout à l'honneur de nos confrères qu'ils entendent, pour se relever, faire appel à leur propre effort plutôt que compter sur l'apitoiement des autres.

***

Chaque phase de la guerre aura comporté ses problèmes et ses devoirs. Dès le début, il y eut à protéger les intérêts des mobilisés contre les chanceux ou les malins demeurés en place. Ensuite ce furent les prisonniers qui nous écrivirent leurs angoisses, sur lesquelles le *Concours Médical* s'honore d'avoir, avec ténacité, attiré l'attention des gouvernants d'alors. A l'exception d'une centaine les médecins prisonniers sont depuis longtemps rentrés dans leurs foyers. C'est un succès qui compte et remporté de haute lutte sur un vainqueur qui entendait faire marché de tout. Au moins l'action en faveur des sinistrés n'aura-t-elle pas à passer sous de telles Fourches Caudines ! Nous en sommes maintenant, avant même qu'elle soit terminée, à la liquidation des dommages entraînés par la guerre. A travers les différences de circonstances la préoccupation demeure la même : préserver les possibilités de travail. Inutile, en conséquence, le but n'ayant pas changé, d'imaginer des procédures nouvelles. Celles qui furent étudiées pour les mobilisés et les prisonniers gardent leur valeur aujourd'hui pour les sinistrés.

Il appartient au Gouvernement provisoire de la République, et nommément au ministère de la Santé, d'affronter le problème et de le résoudre à la lumière de l'expérience récente.

Une solution exhaustive comporterait, semble-t-il, les points suivants :

1° Prêts d'honneur ou, par exemple, allocations à valoir sur les dommages de guerre destinées à permettre aux médecins sinistrés de reprendre une clientèle et racheter une instrumentation ; souvent, en effet, des jeunes disposés à fournir à nouveau l'effort exceptionnel du démarrage sont arrêtés par l'irritant obstacle que constitue le manque de capitaux. Où trouver un bailleur de fonds qui ne considère pas l'opération comme un placement d'argent et n'impose pas de lourdes charges ?

2° Création d'un office chargé de faire mettre en fabrication en France ou d'importer des appareillages de radiologie et d'électrologie, extrêmement onéreux et rares sur le marché ; un appareillage d'électroradiologie est catalogué à l'heure qu'il est entre cinq et huit cent mille francs. Quel est le sinistré qui peut disposer d'une telle somme pour son seul équipement professionnel ?

3° Attribution aux médecins sinistrés et par priorité de divers postes de médecine sociale ou administrative. Il suffit ici d'une simple décision étendant et précisant les dispositions relatives aux emplois réservés aux victimes de la guerre. Un délai peut être fixé après l'entrée en fonctions pour obtenir les titres exigibles dans tel ou tel emploi.

Il n'est pas jusqu'au périmètre de protection étendu autour des postes de médecins prisonniers qui ne puisse être repris à l'avantage des sinistrés.

Un radiologue d'une ville du Nord, sinistré une première fois et partiellement en 1940, voit son appareillage détruit par une bombe en 1944. Du même coup sa femme et l'un de ses enfants sont gravement blessés. Il remplace ses appareils, reprend sa clientèle mais une seconde bombe détruit de nouveau sa maison. Impossible cette fois de faire les frais d'une installation. Un concurrent vient s'installer dans sa ville et prend la clientèle délaissée par la force des choses. Ainsi, même s'il parvient à surmonter les difficultés du présent, ce sera pour se trouver devant un avenir gravement et peut-être irrémédiablement compromis. Il y a de quoi décourager un homme !

Toute une série de questions complexes et délicates se pose à propos des sinistrés. On peut même dire que chaque situation particulière veut être étudiée séparément, car les circonstances diffèrent de l'une à l'autre.

Je n'ai voulu pour aujourd'hui que poser le problème dans ses grandes lignes et le signaler à nos gouvernants car il faut, coûte que coûte, dans le moindre délai et en connaissance de cause, apporter à nos confrères sinistrés le soulagement qu'impose leur excessive misère.

G. Lavalée.



LA REVOLUTION EN MEDECINE

La médecine ne pouvait échapper — et il n'eût pas été souhaitable qu'elle échappât — à cette nécessaire et totale remise en question qui est la marque de toute époque révolutionnaire. L'importance de la mission qui lui revient dans un pays affaibli par la guerre ne pouvait manquer de la mettre en vedette et de susciter des réformateurs chez ceux qui la professent. Il est heureux de noter que les hommes qui se sont donné pour tâche de repenser la médecine soient ceux-là mêmes qui jusqu'à maintenant attachaient essentiellement intérêt à son aspect scientifique. Cette attention aujourd'hui portée aux problèmes professionnels auxquels se heurtent quotidiennement les médecins praticiens est en soi un résultat d'une grande portée ; cette révolution n'aura pas été inutile si elle a pour seule conséquence d'amener des élites parfois trop exclusivement scientifiques, auprès desquelles se forment les futures générations de praticiens, à concevoir que la profession a aussi ses problèmes qui méritent également intérêt.

L'ardeur que certains, un peu néophytes, apportent à cette passionnante tâche de récréation les pousse à désirer selon l'habituel réflexe une construction neuve fondée en terrain vierge.

A vrai dire, le programme qui nous fut exposé par les représentants du Comité national le 5 novembre dernier, ne nous a point produit cette sensation de nouveauté que l'on avait bien voulu nous promettre. Il semble en effet que les auteurs du programme aient perçu et partiellement évité l'écueil dangereux des constructions sans fondements. Si imparfaite qu'elle soit, l'organisation sociale de la médecine française est, ne l'oublions pas, tout à la fois le produit de notre histoire et de notre tempérament. Aux yeux de qui veut bien en étudier la structure et l'évolution, s'ébauchent et s'affirment progressivement depuis de longues années déjà les solutions que certains découvrent aujourd'hui. Le rôle de réformateur n'est-il pas au reste de détecter les profonds besoins sociaux, dont la poussée modèle et transforme une profession, afin d'accélérer consciemment des processus qui n'eussent été sans cela que le lointain résultat d'actions inconscientes et désordonnées ? A cette révolution dans les faits, il faut accoupler une révolution mentale : il importe de réviser des concepts doctrinaux et juridiques fondés sur des faits périmés, tout en respectant les valeurs humaines permanentes qu'une révolution française ne saurait méconnaître sans se renier elle-même.

C'est en nous inspirant de cette méthode que nous nous proposons d'étudier en détail le programme qui nous fut exposé.

***

Ce programme débute par une remarque essentielle : la médecine dans le langage courant est une profession libérale, ouverte à tous, fondée sur le jeu de l'indépendance professionnelle, du libre choix et de l'adaptation spontanée. Or en fait cette médecine-là, pour des raisons économiques, ne s'adresse qu'à une classe sociale de plus en plus restreinte. Il y a divorce entre les conceptions et les faits, donc, par définition même, nécessité d'une révolution.

Si nous étudions les faits, nous constatons que la condition des médecins est extrêmement variée, puisqu'elle va du praticien indépendant au médecin fonctionnaire, en passant par le médecin d'hôpital ou de dispensaire.

Il nous faut reviser le concept courant et admettre en doctrine de rompre l'unité de condition qui ne répond pas aux besoins sociaux. Nous sommes ainsi amenés à diviser la médecine en *trois secteurs*, ayant chacun son régime propre : la médecine que nous appellerons (nous verrons plus bas pourquoi) principalement *libérale*, la médecine *hospitalière*, et enfin la médecine de *prévention*.

1° Secteur principalement libéral

Son domaine est celui de la pratique médicale courante et des actes de spécialité n'entraînant pas l'hospitalisation.

Actuellement une partie de la population jouit des avantages de la médecine libre et du médecin de famille, mais aussi de ses inconvénients. Une autre fraction dépend de la médecine publique des dispensaires et des hôpitaux. Elle reçoit ainsi des soins d'une excellente qualité technique, mais souffre d'être privée du confort matériel et moral que la médecine libre peut seule procurer.

La solution s'impose : *il faut que toutes les classes sociales bénéficient des avantages de la médecine libérale, et de la médecine collective.* Ce qui se résume en deux « slogans » : *le médecin de famille pour tous, l'hôpital pour tous.*

Mais parler actuellement, devant le courant socialiste que traverse le monde entier, de médecin de famille de libre choix et de colloque singulier, n'est-ce point agir en dehors de l'espace et du temps ? En aucune manière. Les solutions absolues ne sont pas viables. Il subsistera toujours d'irréductibles zones de liberté. Et par ailleurs, l'auteur du programme a pu convaincre heureusement les amis de M. Billoux du bien-fondé de sa thèse, par deux arguments, l'un rationnel, l'autre scientifique, qui devaient par là même entraîner leur adhésion :

— L'on parle de médecine collective : mais la première collectivité n'est-elle point justement la famille ?

— Les conceptions modernes de la science médicale accordent à la génétique une place importante. Il est donc conforme à la biologie de ne pas traiter le malade en dehors du cadre familial.

Le médecin de famille, l'omnipraticien doit et peut donc continuer à travailler seul, riche de sa science et de son expérience personnelle, sans instrumentation coûteuse ni compliquée; aux côtés de l'industrie hospitalière, il est et restera l'irremplaçable artisan intellectuel. Il faut donc rendre aux praticiens ce qui leur a été retiré, borner la médecine d'usine à la surveillance préventive, et restaurer ainsi la médecine de soins dans sa grandeur et son indépendance.

A ce principe, cependant, trois correctifs importants doivent être apportés :

1° Il faut que tous les malades reçoivent une assistance financière suffisante pour supporter les frais de la médecine libre. Pour cela, il faut réformer profondément les *Assurances sociales*, qui doivent être étendues à toutes les classes et couvrir tous les risques maladie (accidents du travail, A.M.G., soins aux mutilés, etc.).

2° *L'Etat* intervient. C'est lui en effet qui forme les praticiens. Il doit faire en sorte que tous les besoins (solvables ou non) soient satisfaits. Or il n'y a pas *pléthore*, mais au contraire insuffisance de médecins dans les régions pauvres et dans les colonies. Et ces régions doivent être pourvues, s'il le faut, par voie d'autorité. Enfin le médecin, ses études finies, doit continuer à s'instruire. Un *retour périodique* autour des lits d'hôpitaux et des Facultés devrait être institué.

3° Le médecin isolé des petites villes et des campagnes soigne ses malades, quelles que soient sa conscience et son instruction, avec des méthodes datant d'un demi-siècle. Il doit être étayé par une organisation collective que seule la puissance publique est à même d'édifier, en raison de son coût et de la fréquence nécessaire de son renouvellement. Ces *centres de diagnostic et de soins*, que l'initiative individuelle ne peut réaliser, auraient un personnel de spécialistes allant du chimiste au radiologiste, et dans les grandes villes au chirurgien-accoucheur. Ces spécialistes, travaillant en équipe, seraient *fonctionnaires*. Que devient ici le libre choix ? Mais l'on peut choisir le centre, donc l'équipe. Ces médecins-fonctionnaires ne vont-ils point s'endormir, se scléroser ? Non, car ils pourront changer de centres. D'autre part leur rémunération comporterait une partie variable correspondant à leur succès personnel. Dans les villes de Faculté, le centre de diagnostic serait l'hôpital.

2° La médecine hospitalière

La réforme hospitalière proposée répond à trois ordres de préoccupation :

— L'hôpital doit être ouvert à toutes les classes sociales.

— Il doit être le centre effectif de l'enseignement de la médecine.

— Enfin, il doit se prêter à la recherche scientifique.

Jusqu'à maintenant les médecins d'hôpitaux s'efforçaient bien de jouer ces trois rôles. Mais ils avaient en outre à répondre aux sollicitations de leur clientèle particulière. Dispersés, surmenés, ils ne pouvaient mener à bien aucune des tâches qui leur incombaient. Ainsi s'expliquent tout à la fois le caractère peu accueillant de la médecine hospitalière, le besoin pour les études médicales d'être si souvent réformées, et la baisse incontestable du prestige de la science française dans le monde.

La solution est dès lors évidente : il faut abandonner la fiction du médecin libre donnant une part de son temps à l'hôpital. *Il faut se spécialiser*. Les médecins hospitaliers doivent abandonner leur clientèle particulière et devenir *des fonctionnaires à temps plein*. Exerçant uniquement à l'hôpital, ils seront autorisés à se faire honorer afin de conserver le stimulant du succès personnel.

Des hôpitaux accueillants et convenables, des malades servis et soignés, un matériel onéreux travaillant à plein au bénéfice de toutes les classes sociales, tels sont les gains évidents de l'organisation nouvelle.

Jointe à la suppression de l'incompréhensible dualité existant aujourd'hui entre l'Hôpital et la Faculté, la réforme nous donnerait enfin un corps enseignant digne de ce nom. Des mutations d'hôpitaux à hôpitaux permettraient en outre d'abattre les cloisons étanches entre les Facultés.

3° La prévention

Il faut entendre par là la médecine scolaire, la médecine du travail, les offices d'hygiène publique, etc. De telles tâches ne peuvent être confiées qu'à des *médecins fonctionnaires*. Sans doute faudra-t-il prévoir la création d'une *Ecole de médecine publique* dont le besoin se fait sentir. Elle fournirait à toutes les collectivités publiques les conseillers techniques dont elles ont besoin.

***

En sa première partie, ce programme révolutionnaire est très heureusement conservateur. Le médecin praticien y puisera non seulement des apaisements, mais encore la certitude de l'utilité et de la pérennité de son rôle. Ce rôle nous semble cependant amputé à tort de toute une partie de lui-même. La médecine de soins, si elle est évidemment individuelle, a pris peu à peu en effet un caractère social prononcé, et le praticien apparaît tout à la fois comme le médecin de la famille et celui de la communauté. Il serait mauvais de faire de l'esprit social un monopole du médecin fonctionnaire. Cette dualité de fonctions parfois contradictoires apparaît d'ailleurs nettement dans le domaine des assurances sociales. Et l'on regrette que les nombreux problèmes soulevés par les rapports entre elles et le corps médical n'aient pas été abordés. Ce d'autant plus que la pierre angulaire de la réforme proposée est l'augmentation considérable des prestations maladies, alors que l'on nous révèle l'existence actuelle d'un sévère déficit. Si l'on veut réaliser ce programme idéal du « médecin de famille pour tous », il faut donc adjoindre aux assurances obligatoires des assurances facultatives : nous avons nommé la Mutualité. Grave question qui mérite en pratique plus que le silence dont elle fit l'objet.

Si l'omnipraticien reste indépendant, le spécialiste devient un fonctionnaire. Encore ne nous parle-t-on que des spécialités techniques (radiologie, laboratoires) et non des spécialités fonctionnelles (oto-rhino, stomatologie, urologie, etc.) dont le statut reste dans l'ombre.

Il faut bien reconnaître que le régime proposé, malgré toutes les précautions prises pour le rendre viable, ne suscitera guère l'enthousiasme, par ce qu'il peut impliquer de dépendance, de grades et de hiérarchies.

Un point reste à élucider : les centres fondés par l'Etat auront-ils un monopole ? Une telle solution serait absurde dans la période de pénurie actuelle qui ne peut permettre une édification rapide des centres et oblige à recourir à toutes les ressources matérielles existantes. Elle ne se comprendrait guère non plus, une fois l'abondance revenue, car les raisons qui militent en faveur de l'intervention de la puissance publique seraient alors beaucoup moins fortes : le matériel serait moins onéreux et la solvabilité des clients augmenterait. Dans ces conditions des associations de médecins spécialistes seraient en mesure d'édifier de tels centres et de les faire fonctionner selon les modes du droit privé.

Il serait à craindre alors que cette indépendance tente les meilleurs éléments du corps des spécialistes et que les centres officiels ne puissent conserver qu'un personnel médical de qualité secondaire.

Au reste, entre le financement par l'Etat et le financement privé, il peut exister bien des solutions intermédiaires (création par les Caisses d'assurances sociales,

la Mutualité, conventions collectives avec les Syndicats médicaux, etc.) dont la pratique seule pourra démontrer la vitalité, mais qui ont fait déjà l'objet de nombreuses études, bien avant la guerre, de la part des Syndicats médicaux. Il serait regrettable de tenir de tels travaux pour nuls et non avenus ; rien ne permet d'affirmer [à l'avance l'insuccès de ces solutions.

Quant à l'organisation hospitalière, elle se contente de mener à son terme ultime les réformes entreprises par le décret-loi de 1939, la loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application d'avril 1943. Encore, le programme qui nous fut exposé ne s'applique-t-il qu'à un hôpital de ville de Faculté. Quel serait le régime des autres hôpitaux ? Une place existerait-elle encore, aux côtés des hôpitaux publics, pour les cliniques privées ? Deux questions importantes sur lesquelles aucune lumière ne nous fut dispensée. A vrai dire, il y a tout lieu de penser que les cliniques et hôpitaux libres conserveront leur rôle, au même titre que l'enseignement libre au côté de l'enseignement public. Quant au régime des hôpitaux secondaires, la formule qui leur conviendrait le mieux à notre sens serait la formule « niortaise », qui ouvre les services hospitaliers, non seulement à toutes les classes, mais encore à tous les médecins et spécialistes qualifiés se soumettant à son règlement intérieur. La spécialisation à outrance ne se justifie en effet que dans les centres importants.

Notons enfin que la réforme hospitalière postule avant tout la construction et l'équipement d'établissements modernes, construction qui ne pourra être entreprise que dans un délai encore indéterminé, mais hélas sans doute lointain.

La médecine préventive enfin se prête mieux que toute autre à la fonctionnarisation. Cette décision n'en soulève pas moins dans ce domaine de délicats problèmes psychologiques et pratiques : l'inspection médicale scolaire dans les campagnes pouvait être confiée à peu de frais à des praticiens. La formule nouvelle exigera la création d'onéreuses équipes volantes. Enfin, le médecin du travail fonctionnaire cessera de faire partie intégrante de l'entreprise et aura peut-être avec la direction des contacts moins confiants. Il apparaîtra plus comme un contrôleur que comme un conseil.

***

L'apport essentiel de la révolution actuelle dans la médecine nous paraît être avant tout une exigence de vérité : il faut que les doctrines « collent » aux faits et l'on doit en finir avec une conception de la médecine libérale qui devient de plus en plus mythique. Cela ne veut point dire que l'on renonce, en un régime qui se veut de liberté, aux inappréciables bienfaits des nécessaires libertés médicales. Bien au contraire, un immense effort peut et doit être tenté pour faire vivre la médecine libre dans le réel, au profit de tous, sans renoncer aux acquêts précieux de la science et de la technique médicales modernes. N'est-ce point là d'ailleurs un aspect particulier des problèmes généraux que l'évolution de notre civilisation pose au monde contemporain ?

Jean MIGNON.

LA MÉDECINE A LA RECHERCHE D'UN STATUT

A la suite de notre article paru sous ce titre dans le numéro d'octobre 1944, nous avons reçu de Me Bernard AUGER, *avocat aux Conseils, l'intéressante lettre que nous publions ci-dessous :*

Vous avez fait un tour d'horizon fort utile dans votre article « La Médecine à la recherche d'un statut ». J'y ai trouvé, pour ma part, l'occasion d'une suggestion à faire au Gouvernement. Voici :

Le décret du 18 octobre 1943, qu'on dissimule pudiquement à la gent médicale qu'on y assujettit pourtant, ouvre, contre les décisions des Conseils régionaux, un recours en cassation devant la Cour de Cassation dans *les formes du droit commun.* Autant dire que ce recours n'est que théorique.

Car le recours disciplinaire est soumis aux deux degrés habituels devant la Cour de Cassation, et à des frais élevés. Le dépôt du pourvoi, avec les copies qu'il faut faire faire, coûte, à lui seul, près de 2.000 fr. Le pourvoi est ensuite examiné par la Chambre des Requêtes, laquelle, surchargée, n'évacue que lentement ses affaires, et renvoie, s'il y a lieu, à la Chambre civile, dont l'arrêt n'intervient qu'après plusieurs années... Pendant lesquelles le médecin interdit ou suspendu a le temps de mourir de faim, car le pourvoi n'est pas suspensif.

Il faudrait donc, à mon sens, que le texte à intervenir pour adapter le texte algérois à la conjoncture française adaptât le pourvoi en cassation en cette matière aux nécessités de la pratique : pourvoi soumis à la Chambre sociale qui statuerait définitivement, par exemple, sous des modalités que, si vous le voulez bien, nous pourrions déterminer ensemble.

Nous avouons bien volontiers qu'en approuvant la substitution de la Cour de Cassation au Conseil d'Etat au sommet de la juridiction disciplinaire de l'Ordre, nous avions méconnu la grande supériorité pratique du recours en excès de pouvoir sur le recours en cassation de droit commun. Mais ces inconvénients ne sont pas insurmontables et Me AUGER *nous ouvre très heureusement la voie d'une solution. Nous n'en sommes certes point encore à bâtir dans ses détails l'organisation future. Mais il importe de mettre à profit la période d'attente actuelle afin de passer au crible de la critique les projets qui nous sont présentés et d'apporter s'il se peut des solutions constructives.*

J. M.

ORDRES ET SYNDICATS EXISTENT SIMULTANÉMENT DANS LA MAJORITÉ DES PAYS

par le Dr Fernand DECOURT

Verra-t-on ou ne verra-t-on pas un ordre juridictionnel coexister avec les syndicats médicaux rappelés à la vie ?

Sans avoir l'intention d'entrer dans le débat, je voudrais simplement montrer, d'après ce qui se passait avant la guerre actuelle dans les autres pays, qu'il n'y a nullement incompatibilité dans *l'existence simultanée* d'un Ordre des médecins (Chambres médicales ou analogues) et les Syndicats médicaux (Groupements médicaux *libres*, aux titres divers suivant les coutumes des pays).

Précisément, sur ce sujet particulier, une petite enquête eut lieu à l'Association Professionnelle Internationale des Médecins (*A.P.I.M.*), au cours de l'année 1936 (1), sous le titre de « Question n° 12 ».

Sur la trentaine de pays faisant partie de l'A.P.I.M., *vingt* ont répondu aux quatre questions précises qui avaient été posées.

Première Question. — *Elle concernait la situation au point de vue des groupements médicaux dans chaque pays.*

Voici la « vue d'ensemble » des réponses :

a) Pays ou existaient simultanément une organisation officielle (Ordre des médecins ; Collèges médicaux ; Chambres médicales, etc.) et une organisation libre (Syndicats ; Confédérations ; Fédérations ; Associations ; Unions, etc.) :

Allemagne (jusqu'en 1936), Autriche, Bulgarie, Dantzig, Espagne (Catalogne), Estonie, France, (d'après le projet syndical présenté au Parlement), Grande-Bretagne, Luxembourg, Pologne, Suisse (Vaud et Tessin), Tchécoslovaquie, Yougoslavie.

b) Pays ayant uniquement une organisation libre :

Belgique, Danemark, France, Hollande, Hongrie, Norvège, Suède, Suisse (sauf Vaud et Tessin).

c) Pays ayant uniquement une organisation officielle, obligatoire :

Allemagne (depuis 1936), Espagne (sauf Catalogne), Italie, U.R.S.S.

Deuxième Question. — *Pour les pays où coexistent les deux organisations, y a-t-il une division exacte de leur compétence respective ?*

Il fut répondu (par les pays aux doubles groupements) que la compétence respective est *exactement* délimitée. Toutefois, cette délimitation serait insuffisamment nette en Espagne (Catalogne) et en Pologne. Pour la Grande-Bretagne, il est précisé que « les objets du General Medical Council (Groupement officiel) *diffèrent du tout au tout* de ceux de la British Medical Association (groupement libre, non obligatoire) ». Le correspondant français de l'A.P.I.M. (secrétaire général de la Confédération) précisait à ce sujet, au point de vue du *projet présenté*, que dans l'éventualité proche d'un Ordre des médecins, les Syndicats subsisteraient et resteraient chargés de la défense des intérêts professionnels, l'Ordre étant une juridiction disciplinaire : « La division des compétences, disait-il, serait donc bien délimitée... »

Troisième Question. — *Rapport de ces organisations :* a) *avec les autorités officielles ?* b) *entre elles (antagonisme ou collaboration) ?* c) *Un médecin peut-il être membre du bureau des deux organisations à la fois ?*

Voici la « vue d'ensemble » des réponses effectuées :

a) Dans tous les pays où existent les deux organismes, ils collaborent, plus ou moins directement, avec les autorités gouvernementales, mais surtout les groupements officiels, bien que les groupements libres soient également consultés dans certains cas.

b) La collaboration est partout effective entre les deux sortes de groupements sans qu'il y ait *jamais d'antagonisme* (réponse unanime).

c) Dans tous les pays où coexistent les deux modalités de groupement, les médecins peuvent être membres des deux bureaux à la fois.

Quatrième Question. — Dans tous les pays où existent des Ordres de médecins, Chambres médicales ou analogues :

a) *L'adhésion à cette organisation est-elle obligatoire pour tout médecin ?* b) *Chaque médecin est-il tenu de se conformer aux règlements de ces organisations officielles, sous peine de sanctions disciplinaires ?*

Comme il était présumable, les réponses furent toutes affirmatives, en *a*) comme en *b*).

***

En septembre suivant de cette année 1936, eut lieu à Amsterdam la réunion annuelle du Conseil général de l'A.P.I.M., sous la présidence du Dr Mattelet, président de la Fédération médicale belge et correspondant belge de l'A.P.I.M. (2). Le rapport sur les résultats fournis par cette petite enquête et les conclusions à en tirer était présentés par le Dr Huszca, correspondant national de Pologne.

Le Président de la Session demanda quels étaient les *groupements nationaux favorables à l'institution d'un Ordre*, même pour les pays où des groupements officiels n'existaient pas encore.

Tous se montrèrent favorables, sauf la Norvège qui vota *contre* et Suède et Suisse qui *s'abstinrent*, la question n'ayant pas été discutée dans leur groupement.

En tous cas, en 1936, avant le bouleversement mondial commencé en 1939 et dont les conséquences pèsent toujours sur le monde entier, il est à remarquer (et ce sera notre conclusion) que 60 % environ des pays possédaient à la fois un groupement médical officiel obligatoire et un groupement libre, les deux groupements se complétant toujours l'un l'autre, harmonieusement et sans qu'il y ait eu jamais d'autogonisme » pour reprendre les termes mêmes de l'enquête. Et cela d'autant plus aisément qu'il arrivait souvent que des médecins faisaient *à la fois* partie du bureau du groupement officiel et de celui du groupement libre.

A l'époque actuelle où tout est remis en question, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de donner ces précisions dans le Concours, et cela en toute objectivité.

Dr Fernand Decourt
Secrétaire général de l'A.P.I.M..

(1) Cf. *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale*, n° 31 (février 1936), pages 39 à 50. « Question n° 12 ». Exposé des résultats de l'enquête. — *Ibidem* n° 34 (novembre 1936), pages 58 à 63 pour la discussion en séance du Conseil général de l'A. P. I. M.

(2) Le correspondant national de l'A.P.I.M. pour chaque pays est toujours le président, le secrétaire général, ou tout au moins, un membre du bureau du groupement médical national de son pays. Comme ils se retrouvent tous chaque année c'est (en plus de la compétence évidente en la matière de chaque correspondant) dans une atmosphère de cordialité particulière que se déroulent les sessions annuelles du Conseil général de l'A.P.I.M., dont fait partie de droit chaque correspondant.

ECHOS ET COMMENTAIRES

(Suite de la page 533)

Le Dr Z..., lui, est resté trente-huit mois en captivité. Ayant repris sa clientèle en novembre dernier, il est aujourd'hui informé de l'installation probable dans sa localité d'un nouveau confrère. Il se préoccupe de faire valoir les droits qu'il tient de la loi du 28 août 1942 qui vient d'être validée... Mais, las ! c'est le syndicat départemental qui a maintenant qualité pour déterminer la circonscription réservée en sa faveur. Et, des syndicats, nous n'avons encore que la promesse...

« Que les intéressés saisissent au plus tôt le Comité médical de la libération ! », nous soufflera-t-on. C'est ce que nous n'avons pas manqué de conseiller.

Mais le Comité en question n'est pour le moment qu'un *organisme de fait*, qui ne peut rendre que des *décisions de fait* et qui ne peut, le cas échéant, faire exécuter celles-ci que par des *voies de fait*.

Prolonger cet *état de fait* est plein de périls, il faut le reconnaître loyalement. La profession médicale ne mérite-t-elle pas mieux pour s'épanouir harmonieusement qu'un tel climat d' « alégalité » ?



La réforme des Assurances sociales, que tout le monde s'accorde à estimer urgente, fait l'objet d'une étude approfondie par l'actuel directeur général, M. Laroque, qui, selon des informations dignes de foi, s'est mis à la tâche avec la ferme volonté de ne pas passer tel un météore dans le poste qu'il occupe et de faire scrupuleusement appliquer les mesures qu'il aura décidées.

Banale formule inaugurale sans doute ? Il paraît qu'il faut, au contraire, lui donner tout son sens et en concevoir de grands espoirs. Là gît, en effet, une des principales innovations puisque, nous fut-il confié avec mélancolie par un homme de bonne volonté, du fait de la valse des hommes et de la sarabande des méthodes directrices, les Assurances sociales au bout de quatorze ans n'ont rien en main pour leur permettre de tirer un enseignement précis de cette longue expérience, ni pour déterminer avec aisance et rapidité les améliorations qui doivent être apportées à leur fonctionnement.

Décrire par le menu les mesures envisagées serait, certes, prématuré, puisque le Directeur général lui-même n'a probablement pas encore abouti à une conclusion d'ensemble absolument précise. Ce que l'on peut en tous cas présager, c'est qu'il sera procédé par décisions fragmentaires et par touches successives, plutôt que par le mécanisme d'un bouleversement spectaculaire.

Il ne s'agit là, soulignons-le, que d'une question de forme. Car, sur le fond, il ne fait pas de doute que par le plan qui les reliera entre elles et par la volonté qui les animera, ces mesures ne se borneront pas à constituer vaines fioritures et lourds replâtrages, mais dégageront une véritable réforme de structure.



Pour les solutions d'ordre pratique, on pense d'abord à l'augmentation des cotisations. Il faudra, en effet, sans doute y passer.

A ce sujet, d'aucuns échafaudent de mirifiques projets.

Les Assurances sociales seraient appelées à fondre en elles les différents systèmes de protection sociale : soins aux pensionnés de guerre, accidents du travail, assistance médicale gratuite, etc. Renseignements pris auprès de personnalités compétentes, il y a là une vue d'avenir intéressante, mais dont la réalisation ne serait pas encore pour demain. Avant de confier l'entière gestion des risques sociaux aux Assurances sociales, il est absolument nécessaire de réformer celles-ci. Agir autrement réserverait les mêmes mécomptes que construire un splendide building sur des pilotis vermoulus.

On parle aussi de la suppression du petit risque. Suppression ou aménagement? Certes, l'une des deux formules sera retenue. Echec sera donc fait aux conceptions des éléments administratifs des Caisses qui, récemment encore, avaient décidé de conserver, sans la modifier, la gestion du petit risque.. Les « médicaux », au contraire, estiment que le petit risque constitue pour le système entier une hémorragie en nappe et qu'il est urgent, sinon de le supprimer, tout au moins de l'alléger. Mais pour faire du travail sérieux et définitif, il faudrait, hélas ! de bonnes statistiques...

Enfin, il est inévitable qu'on envisage des diminutions de dépenses. De façon précise, en ce qui concerne les dépenses médicales, il est préférable de parler de stabilisation au chiffre actuel ; autrement dit, toute augmentation nouvelle du tarif de responsabilité des Caisses paraît devoir être un travail qu'Hercule lui-même considérerait avec découragement. Et la menace du tarif opposable reparaît, lancinante et de moins en moins voilée.

Le contrôle lui-même sera l'objet de perfectionnements sérieux car son action a une répercussion évidente sur le budget des Caisses. L'effort du contrôle devra d'ailleurs se porter non seulement vers la recherche des abus, mais surtout vers la détection des nombreuses aggravations de risques provoquées, paraît-il, par le recours trop fréquent et prolongé au seul diagnostic symptomatique.

Mais il s'agit là d'une autre histoire... et sur laquelle nous reviendrons.



Le Conseil des médecins de la Seine révèle avec une indignation légitime que la Préfecture délivre les permis de circuler avec une telle parcimonie qu'un médecin sur sept seulement aura la possibilité d'utiliser sa voiture. Au seuil d'un hiver que le manque de combustible rend redoutable, est ainsi acquise l'assurance que les secours médicaux seront assez précaires et qu'il ne fera pas bon tomber malade cet hiver.

La même préoccupation assaille tous les médecins français et les ruraux qui n'ont même pas le recours des transports en commun envisagent avec amertume les longs trajets à parcourir par des chemins boueux ou enneigés. L'un d'eux nous écrit qu'il a déjà couvert 23.000 kilomètres en vélo et qu'il ne se serait pas cru, à 52 ans, appelé à devenir un coureur cycliste. Encore crie-t-il misère pour ses pneus qu'il ne parvient pas à remplacer.

Si les autorités du roulage prennent allégrement leur parti d'un inhumain surcroît de fatigue imposé aux médecins, l'état sanitaire de la population devrait leur être moins indifférent. Les secours d'urgence vont devenir impossibles à dispenser. Par ailleurs, comment desservir valablement une clientèle de campagne avec des moyens de transport de jour en jour plus déficients? De toutes les voitures qui roulent actuellement, toutes sont-elles indispensables à un service public ? Les responsables eux-mêmes oseraient-ils l'affirmer?

CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES.

a) ASSURANCES SOCIALES.

1439. — **Luxation du poignet.**

Je viens d'être appelé à donner mes soins à un domestique atteint de luxation du poignet.

Par suite des événements j'ai été obligé de mettre vaille que vaille toutes mes notes et autres dans un coin, donc ignorance crasse.

Ce blessé est assuré social.

Pour la clientèle courante nous prenons tous 40 ou 50, je ne parle pas des kilomètres. Combien dois-je prendre pour une luxation du poignet ?

Le chiffre-clé est donc 50 ou 40.

Mais pour la réduction de luxation ? K combien ? Les accidents du travail donnent 255 francs.

D[r] P.

Réponse

En matière d'assurances sociales, on *lit dans la Nomenclature en* K 10 : « *Luxations : réduction et contention de luxations récentes par la méthode non sanglante : épaule, maxillaire inférieur, pouce, coude, genou, cou-de-pied ». Il n'est pas parlé des luxations du poignet, mais on peut les compter de même* par analogie. *Vous avez donc à compter* K 10, *soit dix fois le chiffre-clé fixé par le Conseil départemental pour les Assurances sociales.*

Nota. — *En* accidents du travail, *la luxation* radio-carpienne *est notée* 170 *fr., ce qui, avec la majoration globale de* 50 %, *fait* 255 *fr., soins consécutifs en plus, comme toujours.*

D[r] F. Decourt.

1484. — **Série d'inhalations.**

Je viens après de nombreuses difficultés et une longue patience d'obtenir la livraison d'un appareil producteur d'aérosols médicamenteux (celui de Dautrebande).

Cet appareil doit me servir particulièrement pour les asthmatiques mais comme c'est un procédé très neuf, il semble que l'extension de son action thérapeutique doit être à prévoir.

La manipulation du système est assez longue et délicate, les organes fragiles (porcelaine, verre) et les filtres difficiles à maintenir en bon état.

Comment tarifer une séance d'inhalation ? Ceci vis-à-vis des Assurances sociales en particulier.

D[r] G,

Réponse

a) *Il s'agit là de « soins spéciaux » consistant en une* série d'inhalations. *Auquel cas, me référant à l'article* 24 *du* Règlement *intérieur type des Caisses (arrêté du* 30 *janvier* 1937*) je dirais, suivant le texte dudit article : « Si le praticien traitant estime nécessaire... des soins spéciaux, les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement et sur demande de l'assuré...* l'acceptation de prise en charge *des prestations...* »

b) *Quant à la tarification, puisque dans la Nomenclature en P.C., il n'y a pas de rubrique concernant les inhalations, je marquerais* C 1 *comme pour une consultation simple.*

c) *Mais je donnerais de moi-même les* explications techniques, *au préalable, au médecin-conseil de la*

Caisse pour éviter tout différend ultérieur entre celui-ci et l'assuré social.

Dr F. Decourt.

b) SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE.

1792. — Refus tardif et non motivé d'autorisation de soins.

Au début de janvier dernier j'informe la Commission de Contrôle, article 64, de mon intention de pratiquer sur un pensionné emphysémateux, atteint de crises de dyspnée asthmatiques rebelles, une dizaine d'injections de novocaïne intraveineuses. Le cas étant urgent, j'applique le traitement.

Mais je reçois, *le 27 février*, communication d'une décision de la Commission, prise *le 19 janvier*, qui a émis un avis défavorable au traitement sans autres explications.

On me signale que je puis faire appel à Paris (remords tardif?).

Que penser de cette dictature thérapeutique sans voir le malade?

Du délai de six semaines pour me communiquer la décision ?

J'ai protesté auprès de la Commission qui me répond : faites appel, mais ne s'excuse pas.

J'écris à la Commission de Paris.

J'ai envoyé une protestation au Conseil de l'Ordre. Il encaisse comme Pilate en ne prenant pas parti et me rappelle la possibilité de recourir à la Commission supérieure.

Dites-moi votre avis, conseillez-moi. Je suis écœuré et outré de toute cette cuisine où la santé des malades est le dernier souci.

Dr H.

Réponse

1° *Il m'apparaît que la Commission départementale de contrôle, d'après votre lettre, n'a pas suivi le décret-loi du* 10 *septembre* 1942, *en ce qui est prescrit* in fine de *l'article* 45 : «... *les décisions de la Commission départementale doivent toujours* être motivées ».

2° *On lit à l'article* 54 *du même décret, alinéa* 5 : « *Elles (ces décisions) peuvent être déférées en appel devant la Commission supérieure pendant un* délai de deux mois, *la date de l'accusé de réception faisant foi* ».

3° *Il apparaît inadmissible que vous ayez informé la Commission départementale* au début de janvier, *de la nécessité d'une série d'injections, que la Commission ait décidé de vous refuser l'autorisation le* 19 *janvier, et que vous, médecin traitant, vous en soyez prévenu le* 27 février *seulement. Le malade devant être soigné, il était de votre premier devoir, d'effectuer le traitement* sans attendre près de deux mois, *le bon plaisir de la Commission départementale, qui d'ailleurs a jugé, dites-vous, sans enquête ni examen du malade.*

Conclusions : *Je porterais la question devant la Commission supérieure par* appel motivé *en me basant sur l'alinéa premier de l'article* 51, *où il est dit :* « *La Commission supérieure a* une mission générale de surveillance et de contrôle *sur le fonctionnement de l'article* 64 *dans l'ensemble du territoire* ».

Dr F. Decourt.

MÉDECINE DU TRAVAIL.

1498. — Médecine du travail. Organisation.

Un groupe d'entreprises d'une commune voisine me demande d'assurer leur service médical (médecin

d'usine). Je suis installé à 7 km. de cette commune où je ne fais pas de clientèle. Ces patrons n'ont pas encore eu connaissance du règlement de cette médecine d'usine, et ne peuvent me renseigner exactement sur le service que j'aurais à assurer. Il y a environ 600 ouvriers et ouvrières répartis en cinq petites entreprises (trois principales comprenant 500 salariés). Quel serait mon travail ?

Embauchage, visites périodiques, je sais ; mais combien de visites par an ? Pour ces visites, l'examen radioscopique est-il obligatoire (car dans ce cas, il y aurait lieu de faire installer un appareil de radio par ces entreprises) ?

Maintenant, question honoraires : on m'offre 60 fr. par salarié et par an y compris la rémunération de l'infirmière. Je ne sais combien peut demander une infirmière pour assurer ce service. Ce chiffre de 60 fr. est-il un tarif uniforme pour le médecin d'entreprises à temps partiel ? Il me semble avoir lu dans un précédent *Concours* que les honoraires étaient calculés d'après le nombre d'heures de présence. La commune où j'assurerai ce service étant distante de chez moi d'environ 7 km., puis-je prétendre à une indemnité pour mes déplacements ?

Dr N.

Réponse

Nous vous remettons sous ce pli un projet de contrat type de médecin d'entreprise, établi par le Comité permanent de la Médecine du travail. Vous pourrez vous en inspirer dans les conventions que vous passerez avec les entreprises qui font appel à vos services, tout en lui apportant toutes les modifications que vous croirez utiles.

La fréquence des visites dans les entreprises a déjà fait l'objet de plusieurs textes appliquant la loi du 28 juillet 1942 à certaines familles professionnelles. Il est possible de s'en inspirer même si les entreprises qui ont recours à vous n'appartiennent pas auxdites familles.

Selon notamment l'article 3 du décret du 13 août 1943 (famille professionnelle du cuir), le médecin d'entreprise doit consacrer en principe chaque semaine au moins une demi-journée de travail pour 50 à 200 ouvriers ; deux demi-journées de 200 à 500 ouvriers ; trois demi-journées de 500 à 1.000 ; deux demi-journées par groupes entiers de 500 salariés pour les établissements de plus de 1.000 ouvrires. En ce qui concerne les établissements de moins de 50 salariés, la fréquence ne saurait dépasser celle incombant à la classe de 50 à 200.

L'activité du médecin d'entreprise comporte des examens systématiques d'embauchage et des examens périodiques et systématiques destinés à prévenir les risques individuels, à dépister les maladies sociales et à faire plus généralement de la médecine préventive.

En ce qui concerne tout d'abord l'examen d'embauchage, il comporte un interrogatoire, un examen des diverses régions et, à titre complémentaire, une radioscopie chaque fois que la chose sera possible. Cet examen radioscopique pourra être pratiqué soit dans les locaux de l'usine lorsque ceux-ci comportent l'installation voulue, soit au poste de radiologie d'un Centre médical interentreprises. Enfin il peut être parfois nécessaire de compléter l'examen clinique par certaines recherches ou analyses biologiques.

Quant à l'examen systématique ou « bilan de santé », il doit être pratiqué au minimum à raison d'une visite par an en moyenne pour tout l'ensemble du personnel, et comporter un examen radiologique des poumons. Cette fréquence peut être plus grande en ce qui concerne les ouvriers affectés à des postes exposés à certains risques et pour certaines catégories de main-d'œuvre tels les apprentis, les jeunes travailleurs, les prisonniers libérés, les convalescents et les femmes enceintes.

Il est recommandé de pratiquer un examen systématique occasionnellement lors du retour d'un ouvrier, après une maladie grave ou un accident du travail grave.

Enfin, des examens doivent avoir lieu à la demande des ouvriers qui viennent solliciter un conseil médical à l'occasion d'une affection quelconque.

En ce qui concerne le montant de vos honoraires, vous pouvez vous référer à la pratique habituelle. Dans la plupart des cas, ceux-ci sont calculés à la vacation, à raison de 150 fr. la première heure et de 100 fr. par heure suivante.

La question de l'indemnité de déplacement est à régler entre vous et vos employeurs. Toutefois, nous croyons difficile de demander le paiement d'une telle indemnité s'il s'agit uniquement du déplacement de votre domicile au lieu de l'entreprise. L'indemnité de frais de déplacement se comprendrait surtout si vous étiez amené à vous rendre d'une entreprise à une autre en raison de la dispersion des membres de l'association interentreprises qui fait appel à vous.

QUESTIONS DIVERSES

2281. — Surveillance des établissements d'accouchement.

Aujourd'hui le commissaire de police s'est présenté à la clinique pour prendre connaissance du cahier des « entrée et sorties des malades ». Celui-ci ne comprenait strictement que les dates d'entrée et de sortie ainsi que l'adresse des malades. Il a demandé le cahier où était marqué les interventions pratiquées. Il lui a été répondu qu'il n'existait pas et de s'adresser à moi pour avoir ces renseignements.

J'ai évidemment refusé. Il a prétendu que le cahier des entrées devait comporter l'indication de l'opération et était obligatoire. Est-ce exact ?

Il y a quelques mois, pareille question était posée à mon confrère le docteur X..., à l'hôpital. Le procureur lui avait téléphoné en lui indiquant que dans une loi de 1939 sur l'avortement, quiconque s'opposait aux investigations de la justice était passible, etc...

Qu'y a-t-il d'obligatoire comme cahier de clinique ?

Est-ce s'opposer aux investigations de la justice que de refuser de donner connaissance de ses fiches de diagnostic ?

Le commissaire ayant l'intention de revenir à la charge incessamment, je serais heureux d'avoir une réponse rapide.

Dr H.

Réponse

Les articles 93, 94 et suivants du décret du 29 juillet 1939, relatif à la famille et à la natalité françaises, ont fixé les modalités de la surveillance à laquelle sont désormais soumis les établissements d'accouchements.

Aux termes de l'article 93 notamment, l'inspecteur départemental d'hygiène, ou son adjoint, et les commissaires de police peuvent pénétrer à toute heure, de jour et de nuit, dans ces établissements et procéder à toutes investigations, constatations et enquêtes par eux jugées utiles. Quiconque fait obstacle à ces inspections est puni de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 500 à 3.000 francs. La fermeture de l'établissement peut, en outre, être prononcée.

D'autre part, un règlement d'administration publique du 21 mai 1940 a fixé les détails d'application du décret-loi du 29 juillet 1939. Ce règlement d'administration publique comporte des prescriptions très minutieuses et

très précises sur les obligations des établissements d'accouchements en ce qui concerne l'inscription des femmes qui y sont admises.

Suivant l'article 14, toute femme en état de grossesse, même présumée, doit, dès son entrée, faire l'objet d'une inscription sur un registre coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. Chaque inscription comporte un numéro d'ordre ; la déclaration des nom, prénom, profession et domicile de la personne hospitalisée est facultative.

D'autre part, l'article 15 impose à tout exploitant d'un établissement d'accouchement l'obligation de tenir un livre-journal coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police où sont inscrits, par ordre de date, sans indication du nom de l'accouchée ou de la malade, mais avec mention du numéro d'ordre afférent à l'inscription de son entrée dans l'établissement, tous les accouchements et, le cas échéant, toutes les interventions chirurgicales ayant eu lieu dans l'établissement.

En cas d'accouchement, l'inscription mentionne l'heure de la naissance, le sexe de l'enfant et les jour et heure de la déclaration à la mairie.

Enfin, en cas d'intervention chirurgicale, la nature de celle-ci doit être indiquée sur le livre-journal, avec émargement du médecin ou du chirurgien qui y a procédé.

S'il est donc faux, ainsi que le prétend le commissaire de police dans le cas que vous avez bien voulu nous soumettre, que la nature des interventions pratiquées sur les femmes hospitalisées dans un établissement d'accouchements doive être portée sur le livre d'entrée, il est exact, par contre, que mention de cette intervention, avec l'émargement du médecin ou du chirurgien qui y a procédé, doit obligatoirement figurer sur le livre-journal enu concurremment avec le livre d'entrée.

DEMANDES ET OFFRES

Nº 198. — Cherche poste médic. à reprendre à Paris ou banl. euvir. 15 km.

Nº 199. — Appar. à ondes courtes Thermasix de Duflot sous garantie nf, avec appareil. gynécolog., bistouri électr., gros câbles d'induct., électrodes souples et tous access. utiles. Dr Jacquignon, tél. Jasmin 45-76.

Nº 200. — J. f. début. stén.-dactyl. comptab.. demande demi-journées M. Lebejaude, 3, rue Clapeyron, Paris (8e).

Nº 201. — Etd. en médec. quatrième année, cherche occup. médic. ou para-médicale.

Nº 202. — Excellent poste O. R. L. (sans ophtalmo.). Ecr. journ. qui transm.

Nº 203. — Poste import. mi-rural à céder, après décès, dans grande ville de l'Est. Instrumentat. électr. complète. Ecr. au journ. qui transm.

Nº 204. — A céder, poste médic. 40 km. de Lyon, chiffre import., nombr. fixes. Villa 14 pièces indépend. avec jardin.

Nº 205. — Client. méd. gén., bon rapp., à reprend. 13 km. de Rennes. Belle maison, confort. loy. intéress. Ecr. journ. qui transm.

Nº 206. — Urg. rais. de santé. 2 h. de Paris, gr. ville. Cabin. spéc. cœur, vaiss., foie, consult. exclusiv., peu fatig., gr. rapp., unique, 4 départem., loyer modéré, suscept. considér. augm. dès retour commun. normales. Ecr. journ. qui transm.

Nº 207. — Touraine. Urgent à céder cause maladie, poste de propharm. proximité gr. ville.

Nº 208. — Import. ville Midi, install. de médec. génér. compl. profess. avec instrum. et mobilier moderne, bail. Ecr. au journ. qui transm.

Nº 209. — Bon poste ophtalm., à céder dans ville de Préf., rég. du Centre. Ecr. au journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : Nº 3 4e trimestre 44
G. BLANCHONG & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
Nº au C. O. L. : 31.0044



66e ANNÉE — Nos 49 et 50 — 15 DÉCEMBRE 1944

LE
CONCOURS MÉDICAL
37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

PARTIE PROFESSIONNELLE

DEMI-COLONNES

DERNIÈRES NOUVELLES

A NOS ABONNÉS

Nous sommes heureux d'informer nos abonnés, qu'à compter du mois de janvier nous reprendrons notre périodicité trimensuelle, en attendant que l'amélioration de la production papetière nous permette de revenir à la périodicité hebdomadaire.

Cette augmentation, jointe à la hausse considérable des frais d'impression, du prix du papier et des frais généraux, nous contraint de porter le prix de notre abonnement à 150 fr. à compter du 1er janvier prochain (abonnement pour étudiants : 100 fr.).

Académie de médecine.

Election. — M. le Pr Aubertin a été élu membre de l'Académie de médecine, à la séance du 14 novembre.

Vice-présidence. — La Commission préparatoire à l'élection à la vice-présidence présente comme candidat pour 1945 : M. Rouvillois. L'élection aura lieu mardi 19 décembre.

Faculté de médecine de Paris.

Leçon inaugurale. — Le Pr L. Justin-Besançon, professeur d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, a fait sa leçon inaugurale le 22 novembre au grand amphithéâtre de la Faculté.

Cours d'hygiène et médecine préventive. — M. le Pr Joannon fait son cours les mardis, jeudis, samedis à 17 heures, au grand amphithéâtre.

Cours de thérapeutique. — M. le Pr Aubertin fait son cours les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

Clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le Pr Robert Debré a commencé son enseignement le 17 novembre avec l'assistance de MM. Marcel Lelong, professeur agrégé, Maurice Lamy et Julien Marie, médecins des hôpitaux, et Thieffry, assistant.

Cours de perfectionnement en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène. — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend des travaux pratiques de bactériologie et de parasitologie, des conférences d'hygiène et d'épidémiologie, des visites d'installations d'hygiène, etc. Il commencera le 8 janvier 1945 pour la bactériologie et le 5 mars pour l'enseignement spécial. Il durera jusqu'à mi-juin et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme. Droits 1.600 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté. Pour renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène, Ecole pratique.

Ecole de médecine de Besancon.

M. Baufle est nommé, pour trois ans à dater du 1er octobre 1944, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Ledoux, retraité.

Hôpitaux de Paris.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le quatrième concours 1944, de chirurgien des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de M. Mathey.

Concours de l'internat (prisonniers). — Le concours spécial réservé aux prisonniers de guerre libérés s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Bory, Masmonteil, Bijoux, Brac, Cirilli, Ballade, Boulard, Lacour, Hérard, Vermeil, Allary, Oteifa, Routier, Hervy, Talbot, Vincens, Bourgin, Jupeau, Vissian, Pialoux.

Hôpital de Granville.

Un *concours* sur titres est ouvert à la Direction régionale de Rouen, pour le recrutement d'un *chirurgien de l'hôpital* civil de Granville (Manche).

Les candidats devront déposer ou faire parvenir à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 54, boulevard des Belges à Rouen, avant le 13 février 1945 :

1° Une demande, établie sur papier timbré, mentionnant leurs nom, prénoms, et adresse ;

2° Un extrait de l'acte de naissance, sur papier timbré ;

3° Un exposé de leurs titres scientifiques ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir, accompagné de toutes pièces justificatives.





Laboratoire départemental de bactériologie d'Alençon.

Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert pour le recrutement du *Directeur du Laboratoire départemental de bactériologie* d'Alençon (Orne).

Peuvent prendre part au concours les médecins et pharmaciens des deux sexes, âgés de 28 ans au moins et de 45 ans au plus à la date du concours. Cette limite d'âge sera reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à une pension de retraite.

Les candidats devront adresser à M. le Préfet de l'Orne (Inspection de la santé), avant le 31 décembre 1944, une demande établie sur papier timbré à laquelle devront être joint : 1° Un extrait de l'acte de naissance sur papier timbré ; 2° Un certificat constatant que l'intéressé a satisfait aux lois sur le recrutement (pour les hommes seulement) ; 3° Un certificat de bonne vie et de mœurs ; 4° Un certificat médical d'aptitude physique à l'emploi, délivré par un médecin assermenté ; 5° Un exposé des titres et travaux scientifiques (thèse, publications, mémoires, etc.) avec toutes pièces justificatives à l'appui.

Traitement et indemnités : 74.000 fr. (première année de stage) et 86.000 fr. après titularisation.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à l'Inspection de la Santé de l'Orne, Préfecture d'Alençon.

Office de documentation médicale professionnelle et de remplacement.

Le Directeur de l'Office de Documentation médicale professionnelle et de remplacement du Conseil National des médecins, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris, rappelle à ses confrères, ainsi qu'aux étudiants, qu'il est toujours à leur disposition pour les créations ou transmissions de postes médicaux, l'indication des situations médicales administratives à pourvoir, la cession et l'achat d'instruments et de livres médicaux, ainsi que pour tout remplacement de médecin.

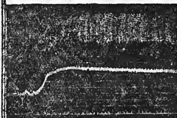
Assemblée nationale consultative.

Nous avons appris avec un grand plaisir la désignation du Dr Henri Debidour, ancien interne des hôpitaux de Paris, comme membre de l'Assemblée nationale consultative. Toutes nos félicitations à notre confrère et à son père, le Dr Debidour, du Mont-Dore.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Jacqueline Lherminez, onzième enfant du Dr Lherminez, de Raimbeaucourt (Nord) ; d'Edith Lebettre, deuxième enfant du Dr Lebettre, de Nesles-la-Vallée (Seine-et-Oise) ; d'Anne Meurin, troisième enfant du Dr H.-J. Meurin, de Saint-Amand (Nord) ; de Laurence Butaud, troisième enfant du Dr P. Butaud, de Paris ; d'Yves Rousseau, fils du Dr Rousseau, de Lye (Indre) ; de Gérard Le Con at, second enfant du Dr Le Con at, de Rennes ; de Loïc Chatellier, quatrième enfant du Dr Chatellier, de Saint-Aubin-du-Cormier (Ille-et-Vilaine) ; de Guillemette Pérol, deuxième enfant de M. Etienne Pérol, interne des hôpitaux de Paris, et de Mme Etienne Pérol, docteur en médecine ; de Loïc et Yves Calop, fils du Dr Roger Calop (Pantin, 5, rue Delizy) ; de Jean-Pierre Laclyde, fils du Dr Francis Laclyde, de Massignac (Charente) et petit-fils du Dr Roger Laclyde ; d'Alain Destouches (né sous le bombardement), quatrième fils du Dr A. Destouches, de Montrichard (Loir-et-Cher) ; d'Alain Durieux, cinquième enfant du Dr G. Durieux, de Laval (Mayenne) ; de Jean-Luc Draillard, neuvième enfant du Dr Draillard, de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ; de Jean-Pierre Grec, fils du Dr Edouard Grec, de Saint-Martin-d'Aspres (Orne) ; de Jean-Didier Jacquet, fils du Dr Jacquet, de Saint Didier-sur-Chalaronne (Ain) ; d'André Dumortier, fils du Dr André Dumortier, de Condé-sur-Noireau ; de Marie-Josèphe et de Daniel Doyon, dixième enfant et onzième enfant du Dr Doyon, de Chaumont ; de Jean-Louis Gonfroy, fils des Drs A. et H. Gonfroy-Quarant,

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.



d'Agon (Manche) ; d'Elisabeth Courtois, fille du Dr Bernard Courtois, de Sainte-Marie-sur-Ouche (Côte-d'Or) ; de Pierre-Marie Guigner, fils du Dr Maurice Guigner, de Reugny (Indre-et-Loire).

Fiançailles.

Nous sommes heureux d'annoncer les fiançailles du Dr Jacques Feuilloy avec Mlle Christiane Fischer, fille du Dr George Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical* et de Mme George Fischer. Toutes nos félicitations aux jeunes fiancés et à leurs familles.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Jacques Dugas, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin-assistant à l'hôpital Broussais, décédé accidentellement ; du Dr Beyrand, d'Enghien ; du Dr Paul Froment, médecin-assistant à l'hôpital Cochin ; du Dr Legourd, ancien médecin de sanatorium, décédé à Lamotte-Beuvron Loir-et-Cher).

On annonce la mort, à l'âge de 70 ans, du Pr Pierre Lereboullet, professeur honoraire de clinique et d'hygiène de la première enfance, membre de l'Académie de médecine. Nous adressons à son fils, le Dr Jean Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris, nos condoléances profondément émues.

Nous apprenons la mort du Dr J. Sarrazin, médecin-chef de l'hôpital d'Auxerre, survenue le 31 août 1944 : il était le père de M. Albert Sarrazin, interne des hôpitaux de Paris.

Le Dr Raymond Louvel, ancien interne pr des hôpitaux de Paris, et le Dr Jacques Louvel, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, médecins consultants à Bagnoles-de-l'Orne, font part du décès du Dr Georges Louvel, de La Ferté-Macé, leur père, décédé le 15 août 1944, à l'âge de 76 ans, et de leur mère, décédée le 11 août 1944, à 71 ans. Le Dr Georges Louvel avait publié dans le Concours Médical des poésies très appréciées de nos lecteurs.

Le Dr Jean-Marie Bailly, de Marle (Aisne), et Mme J.-M. Bailly, font part du décès de leur petit Patrick, à l'âge de cinq mois et demi.

Comité de coordination *des conseils départementaux des médecins de la région parisienne.*

Réunion de reconstitution (22 octobre 1944). — Le Comité de coordination, organisme d'étude officieux, ne reposant sur aucun texte de Vichy, a repris son activité sous la présidence du Dr Wolfromm, avec le Dr Drouet comme secrétaire général. Deux départements, la Seine et la Seine-et-Oise sont actuellement représentés. Le Comité soumet à la ratification des organismes qui les avaient nommés antérieurement, les membres consultatifs qui en faisaient partie (représentant respectivement les Médecins des hôpitaux de Paris, des hôpitaux libres, des grandes spécialités, etc.).

Le Dr Drouet attire l'attention du Comité sur l'importance de la Commission paritaire réunissant les délégués du Comité et les représentants de l'Union des Caisses d'assurances sociales, Commission à laquelle revient l'examen de toutes les difficultés s'élevant entre la Caisse et le Corps médical. Le Comité doit également déléguer son représentant à la Commission régionale consultative des hôpitaux.

La question du relèvement des honoraires minima, à la suite de la hausse des salaires, est ensuite étudiée. En Seine-et-Oise, la consultation et la visite ont été portées respectivement à 50 et 60 francs, le K restant fixé à 30 francs. Une augmentation de 10 francs est envisagée. Le pourcentage de hausse sur 1938 ne serait que de 100 %, alors que la hausse des salaires oscille en moyenne entre 160 et 200 %.

Le Comité décide de reprendre contact avec les Assurances sociales et de rester en bons termes avec elles tout en maintenant fermement les droits du Corps médical.

Enfin il est rappelé qu'un arrêté en date du 1er juillet 1944 est intervenu à propos de la nouvelle nomenclature des Assurances sociales. La nomenclature serait encore en instance au Ministère du Travail. Le Comité souhaite que cette nomenclature paraisse rapidement.

Réunion du 19 novembre 1944. — L'ordre du jour de cette réunion comportait, l'élection du président, du secrétaire général, des délégués aux deux commissions, la fixation de la cotisation, le relèvement des honoraires médicaux dans la région parisienne, la reconduction des conventions avec les Caisses, la politique vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels, de la médecine du travail, du régime des hôpitaux de l'A.P. de Paris, etc.

Conseil des Médecins de la Seine.

Le Conseil des Médecins de la Seine vient d'obtenir un supplément de 1.000 permis de circuler, ce qui en porte le nombre à 1.800.

Ce résultat que nous devons à l'intervention de M. le Préfet de Police est malheureusement encore insuffisant pour répondre aux besoins de la population.

Nous prions ceux de nos confrères qui ne pourront recevoir d'autorisation de patienter encore et de nous faire confiance.

Nous espérons que les services qualifiés pourront sous peu augmenter dans l'intérêt de la santé publique, les facilités de circulation des Médecins du département.

En conséquence, les Ponts et Chaussées répartiront l'essence aux seuls médecins titulaires du permis. (*Communiqué du* 22 *nov.* 1944).

Les conférences de l'hôpital Bichat.

Le Pr Pasteur Vallery-Radot organise une série de conférences sur « les grandes découvertes françaises en biologie médicale depuis soixante ans ».

Il poursuit ainsi l'œuvre qu'il avait commencée l'an dernier de défense de la pensée française. L'an dernier cette initiative avait le mérite de camper, en pleine période d'occupation, un mémorial de nos gloires. Cette année elle fournira une justification de nos ambitions réveillées par le retour à la liberté.

M. Paul Valéry a prononcé, en prélude à cette série de conférences, une allocution où se retrouve l'ingéniosité particulièrement subtile de son esprit.

Les besoins des médecins sinistrés.

Nos confrères sinistrés ont fait un bel accueil à la proposition que nous faisions récemment que les médecins possédant des instruments en surnombre ou dont ils ne se servent plus en fassent don à ceux qui ont tout perdu. Ils demandent en outre des livres médicaux et nous nous faisons ici leur interprète pour que leur appel soit entendu de tous.

Nous ne méconnaissons pas les difficultés du moment, dues en premier lieu à ce qu'il n'est pas possible d'envoyer des colis. Mais en attendant que les transports s'améliorent nous nous adressons plus particulièrement aux médecins de la région parisienne qui peuvent plus facilement faire parvenir aux bureaux du journal les instruments et les livres qu'ils destinent à leurs confrères dépouillés par la guerre.

Suspension des concours hospitaliers.

Par circulaire no 185, en date du 21 novembre 1944, en accord avec les services de l'Assistance publique et du Service de Santé militaire, le ministre de la Santé publique vient de suspendre sur tout le territoire de la France les concours hospitaliers (internat, externat) jusqu'à la fin des hostilités. Cette mesure a été prise pour préserver les intérêts des nombreux étudiants qui se sont déjà engagés et s'engageront dans l'armée, ou qui seront affectés aux soins des rapatriés. Durant la guerre de 1914-1918, ainsi qu'en 1939-1940, pareille disposition avait déjà été prise.

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté ministériel du 3 novembre 1944 fixant la composition du conseil d'administration provisoire de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales.

ARTICLE PREMIER. — A titre temporaire, les attributions du conseil d'administration et du comité de direction de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales sont exercées par un conseil d'administration provisoire comprenant :

Un président désigné par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale ;

Le directeur général des Assurances Sociales et de la mutualité au ministère du Travail et de la Sécurité sociale ou son représentant ;

Le directeur de la Santé au ministère de la Santé publique ou son représentant ;

Deux représentants des unions régionales de caisses d'Assurances Sociales maladie-maternité désignés par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

ART. 2. — Les dispositions de l'acte dit arrêté du 3 février 1942, modifié par les actes dits arrêté du 10 avril 1942 et arrêté du 8 novembre 1943, demeurent en vigueur en tant qu'elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent arrêté.

(*J. O.*, 27 novembre).

Arrêté ministériel du 23 novembre 1944 fixant la composition du comité technique sanitaire provisoire de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales.

ARTICLE PREMIER. — Les attributions dévolues au comité technique sanitaire de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales sont provisoirement exercées par un comité composé ainsi qu'il suit :

Cinq membres désignés par le ministre de la Santé publique, dont l'un est chargé des fonctions de président ;

Un médecin conseil des Assurances Sociales désigné par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale ;

Le directeur général des Assurances Sociales et de la mutualité au ministère du Travail et de la Sécurité sociale ou son représentant :

Deux représentants des unions régionales des caisses d'Assurances Sociales maladie-maternité désignés par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

ART. 2. — Les dispositions de l'acte dit arrêté du 18 février 1942 demeurent en vigueur en ce qu'elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent arrêté.

(*J. O.* 27 novembre).

CASIER JUDICIAIRE

Ordonnance du 26 novembre 1944 constatant la nullité des actes du gouvernement de Vichy qui ont modifié la loi du 5 août 1899 sur le casier judiciaire.

ARTICLE PREMIER. — Est expressément constatée la nullité des actes dits lois des 7 mars 1942, 16 mars et 30 juin 1944 modifiant la loi du 5 août 1899 sur le casier judiciaire et la réhabilitation de droit.

Toutefois, sont validés les effets résultant de l'application desdits textes antérieurement à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

(*J. O.*, 27 novembre 1944).

Note. — Rappelons que la loi du 30 juin 1944 prévoyait la délivrance du bulletin n° 2 du casier judiciaire aux Conseils régionaux de l'Ordre des médecins.

GUERRE

DOMMAGES DE GUERRE

Ordonnance du 12 novembre 1944 sur la reconstitution d'urgence.

ARTICLE PREMIER. — Le chiffre de 10.000 fr. prévu à l'article premier, *b*, de l'ordonnance du 3 juin 1944 sur la reconstitution d'urgence comme limite de dépenses par personne à loger est porté à 20.000 fr.

(*J. O.*, 14 novembre).

VICTIMES CIVILES DE LA GUERRE

Arrêté ministériel du 15 novembre 1944 fixant la rémunération des médecins civils désignés pour faire partie des commissions, prévue par le décret du 31 décembre 1941.

ARTICLE PREMIER. — Les médecins civils non fonctionnaires désignés par les préfets pour faire partie des commissions prévues par l'article premier de l'acte dit décret du 31 décembre 1941, instituant des avances sur pension aux victimes civiles de la guerre postulant à pension en première instance, sont rémunérés sur la base d'une vacation forfaitaire de 150 fr. par séance.

ART. 2. — Le présent arrêté aura effet à dater du jour où lesdites commissions auront commencé à fonctionner.

(*J. O.*, 24 novembre).

IMPOTS

Ordonnance du 6 novembre 1944 portant suppression de l'impôt métal.

ARTICLE PREMIER. — Est expressément constatée la nullité des actes dits loi n° 85 du 9 février 1943 et loi n° 712 du 31 décembre 1943 relatifs à l'impôt métal.

Toutefois, sont validés les effets résultant de l'application de ces actes antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

ART. 2. — Il ne sera accordé ni la restitution du métal déjà livré, ni le remboursement de sa valeur.

(*J. O.*, 7 novembre).

SANTÉ PUBLIQUE

Assemblée consultative. Commission de l'Intérieur et de la Santé publique.

Membres : MM. Malbrant, Debidour, Mmes Brossolette, Costa.

(*J. O.* Débats de l'Assemblée. 15 novembre 1944).

Composition du cabinet du ministre.

ARTICLE PREMIER. — L'arrêté du 27 septembre 1944 fixant la composition du cabinet est complété comme suit :

Chef adjoint de cabinet : M. Deroche, ingénieur des Travaux publics ; *Attachés de cabinet :* Mme le Dr Barthes, M. le médecin capitaine Marill ; *Chargés de mission :* M. le Dr Lafay, M. le médecin commandant Marx, M. Bonnet-Baillière.

(*J., O*, 21 novembre)

Un décret du 16 novembre 1944 crée un corps des médecins de la santé en Algérie.

Nous devons nous borner, en raison de la place limitée dont nous disposons, à mentionner ce décret particulièrement important pour l'organisation de la médecine administrative en Algérie. En d'autre temps il eût mérité d'être inséré *in extenso* dans nos colonnes.

(*J. O.*, 18 novembre).

PARTIE SCIENTIFIQUE

SYPHILIS ET CANCER DE LA BOUCHE

par le Professeur Jean PIQUET (Lille)

Le rôle d'une syphilis ancienne, sans manifestations cliniques, dans l'apparition des cancers de la cavité buccale, est devenue une notion des plus banales. Chacun sait, depuis les publications de Sebileau et de nombreux autres auteurs, que la leucoplasie compte parmi les éléments étiologiques les plus importants du cancer de la langue. Il est inutile de revenir sur le fait, maintenant acquis d'une façon définitive.

Les relations existant importantes entre la syphilis en activité et le cancer de la cavité buccale ont fait l'objet de publications infiniment moins nombreuses. A notre connaissance aucune étude n'a été consacrée en France à cette question. Celle-ci, en raison de son intérêt pratique considérable, mériterait cependant de retenir l'attention de tous les médecins.

Dans tous les ouvrages classiques, on voit exposés, avec plus ou moins de détails, les signes cliniques permettant de distinguer l'ulcération syphilitique gommeuse du cancer ulcéré. Dans les cas douteux, la sérologie, suprême argument, fournit une certitude, si la réaction est positive. On considère donc que la syphilis et le cancer sont deux maladies entièrement distinctes. Avec un « Wassermann positif », aucun doute ne subsiste : le traitement spécifique s'impose.

En réalité cette notion simpliste est inexacte. Assez fréquemment, la syphilis est associée au cancer. En présence d'une ulcération dont l'aspect clinique est celui d'une gomme, si les réactions sérologiques sont positives, et surtout si le malade sait qu'il a contracté la syphilis, on ne pratique généralement pas l'examen histologique. Le traitement spécifique est institué et prolongé durant des mois, pour le plus grand mal du patient. Quand le diagnostic est rectifié par une biopsie montrant qu'il s'agit d'un épithélioma, il est généralement trop tard. Ainsi s'expliquent, au moins en partie, les mauvais résultats obtenus dans le traitement du cancer de la bouche sur un terrain syphilitique, Zuckschwerdt et Fuchs, Gericke, Mac Gregor, Meland, entre autres, ont insisté sur la gravité des cancers buccaux et, en particulier, du cancer de la langue, en pareil cas. Morrow considère la mort comme à peu près fatale chez les cancéreux ayant un Wassermann positif. Lund déclare n'avoir guéri qu'un seul de ses 40 cancéreux syphilitiques traités.

La fréquence de l'association syphilis-cancer varie sensiblement suivant la région de la bouche intéressée. Elle se rencontre surtout à la langue (Baensch, Figi, etc.). Sur 92 cas de cancer lingual, Belote note 29,3 % de réactions sérologiques positives. C'est d'ailleurs ce chiffre de 30 % qui est indiqué par la plupart des auteurs américains pour le cancer lingual chez des syphilitiques. On voit donc que la proportion des cancers de la langue développés au cours d'une syphilis en activité est considérable, et, par suite, les erreurs de diagnostic peuvent être nombreuses.

Pour la joue, la fréquence des cancers associés à la syphilis est moins grande, sans être cependant négligeable. D'après Martin et Pflueger, le nombre des réactions de Wassermann positives est d'environ 15 % chez les malades atteints d'un cancer de la joue.

Les tumeurs du plancher de la bouche se développent plus rarement encore sur un terrain syphilitique. Sur les 69 cas de cancer du plancher buccal observés par Martin et Sugarbaker, à peine le dixième des malades était atteint de syphilis en activité. Quant aux cancers de la lèvre l'ordre de fréquence semble être à peu près le même que pour le cancer du plancher buccal. Chaoul, sur 20 cancers de la lèvre, relève deux syphilis en activité et Kaplan 6 cas sur 69. Cette proportion de 10 % environ est sensiblement supérieure à celle de Kelly qui, sur 252 malades, ne trouve que 4,6 % de réactions de Wassermann positives. Enfin, dans les cancers des gencives, du palais et de l'amygdale, la syphilis en activité ne semble pas jouer un rôle étiologique.

On voit donc que la syphilis est associée assez souvent au cancer de la bouche, surtout à celui de la langue, et plus rarement à celui de la joue, du plancher de la bouche et des lèvres. Comme la coexistence de syphilis et de cancer comporte un mauvais pronostic, il importe que **le traitement du cancer soit institué sans délais.** Certains auteurs conseillent encore un traitement antisyphilitique d'essai de trois semaines dans les cas douteux. C'est là une erreur. En admettant que cette façon de faire n'aggrave pas le cancer, elle donne lieu à une perte de temps dangereuse. Dans toute ulcération buccale suspecte, **il ne faut pas faire une biopsie ou une réaction sérologique, mais bien ces deux épreuves simultanément.** Un Wassermann positif ne dispense pas de la biopsie, de même qu'un examen histologique positif ne doit pas faire négliger les recherches sérologiques. C'est le traitement simultané de la syphilis et du cancer, qui permettra d'améliorer le pronostic — très sombre — des épithéliomas de la bouche associés à la syphilis.

(Centre anticancéreux du Nord de la France.)

LA PÉNICILLINE

UN BREF RÉSUMÉ D'INFORMATION COURANTE

Commandant Julius R. SHOLTZ, M. C.,

Contrôle des maladies Vénériennes. — Division Professionnelle
Bureau du Chirurgien de l'Aviation in "The Air Surgeon's", mai 1944

Traduit par Captain Morton, L. ARONSON
(U. S. Army Médical Corps) et le Dr A. FAUQUET, Montours, Ille-et-Vilaine)

Depuis qu'elle est devenue un agent thérapeutique presque entièrement anodin envers le porteur humain, et cependant extrêmement actif contre les micro-organismes, la Pénicilline a ouvert une voie nouvelle à la thérapeutique. Ainsi le rêve d'Ehrlich est-il à tout le moins approché, sinon complètement réalisé. La Pénicilline n'est qu'un des agents antiseptiques produits par des micro-organismes; la découverte d'autres substances, d'une plus grande valeur et de plus larges applications, doit être envisagée.

La Pénicilline est inactive si elle n'est pas administrée à des doses convenables, par des voies appropriées, et dans des infections, dont l'agent causal s'y est montré sensible. Certaines infections ont à ce jour répondu à la thérapeutique par la Pénicilline, d'autres s'y sont montrées définitivement réfractaires. Sur un dernier et important groupe d'infections, ses effets demeurent inconnus. Mais, même en présence d'un microbe causal sensible à la Pénicilline, s'il s'est établi un foyer suppuratif, la maladie peut résister au traitement, à moins qu'une intervention chirurgicale appropriée soit mise en œuvre, et que les voies d'administration et d'application locale de la Pénicilline soient soigneusement définies. Par une observation précise et rigoureusement contrôlée des cas traités, des doses utilisées et des effets obtenus, tous les officiers du Corps de Santé peuvent accroître nos connaissances sur des possibilités d'application. Par contre, un usage inconsidéré du produit le discréditerait et accumulerait les erreurs. Les cas traités par la Pénicilline seront étudiés dans tous leurs détails cliniques et bactériologiques. Aussi complètes que possible, les observations mentionneront le nom du fabricant *et le numéro de la série* utilisée. La Pénicilline est si nouvelle que chacun de ceux. qui l'utilisent, participent aux recherches la concernant. Nos connaissances les plus approfondies sur le sujet doivent encore être qualifiées d'essais.

Sa nature et son mode d'action.

La Pénicilline peut être actuellement utilisée sous la forme de sel sodique d'un extrait de cultures de **Pénicillium notatum.** D'autres sels ont été préparés, mais ne sont pas généralement utilisables. Elle se trouve dans le commerce sous la forme d'ampoules contenant un mélange du principe actif et d'impuretés d'une nature inconnue. Le produit apparaît comme une poudre ou des grains de consistance variable et d'une couleur allant du jaune au brun. Cette coloration est due à un pigment inerte, connu sous le nom de chrysogénine. Utilisée localement, la Pénicilline peut communiquer aux tissus une coloration jaunâtre pouvant persister plusieurs jours. Elle est très soluble dans l'eau. Le taux du principe actif était à l'origine de 10 à 30 %, mais par une perfection des méthodes de préparation, ce taux s'est élevé aux environs de 50 %. Avec une plus grande pureté, on espère de meilleurs résultats. Actuellement, pour un même préparateur, et plus encore d'un fabricant à l'autre, l'efficacité de différentes séries varie considérablement. La Pénicilline étant soumise à des essais biologiques susceptibles d'une erreur de 25 % en plus ou en moins, les résultats cliniques ne seront strictement comparables que le jour où on disposera du principe actif sous une forme chimiquement pure.

Son mode d'action est encore inconnu. Il ne semble pas relever d'un poison protoplasmique et elle ne paraît pas s'incorporer aux organes, ni aux cellules. Elle est bactériostatique à d'extrêmement hautes dilutions, mais on ne sait pas exactement si elle est alors bactéricide. D'après Kecfer, la Pénicilline n'exerce pas son effet maximum avant 8 à 12 heures après sa mise en œuvre, et cela est capital quant à son emploi.

Elle présente le grand avantage de n'être pas neutralisée par le pus, ce qui lui confère une grande supériorité sur la plupart des autres produits microbicides et antiseptiques. S'est seul révélé jusqu'à présent destructeur de la Pénicilline un extrait tiré du colibacille.

Précautions et Conservation.

A une température de plus de 5°, en présence de moisissures, les premières préparations de Pénicilline étaient instables. Au-dessus de cette température, et même à l'état sec, au delà de quelques mois il y avait une notable détérioration. Les ampoules, pour cette raison, portaient une date ultime d'utilisation, qui était de trois mois à partir du jour de la préparation. Ultérieurement, le seul impédiment consistait en une perte d'efficacité et, par suite, en un insuffisant dosage dans l'application. La toxicité n'en était pas apparemment augmentée. Avec une plus grande pureté la stabilité s'est accrue, et les produits couramment obtenus, généralement stables bien au delà de trois mois, ne doivent plus être rejetés.

Dans un récent exposé, le Chirurgien Général recommandait d'ajouter au moins six semaines à la date limite d'utilisation ; au delà, le produit doit être utilisé à une dose accrue. Seulement dans les débuts, on rejetait les solutions qui n'avaient pas été utilisées dans les vingt-quatre heures. On recommande actuellement de préparer chaque jour une solution fraîche— ce qui peut être fait en adoptant un dosage convenable — mais de ne pas la rejeter s'il en reste. Sous sa forme sèche, le produit doit encore être conservé à de basses températures, de préférence à + 5° ou au-dessous, et les solutions inutilisées à 0°. Les ampoules de poudre peuvent être transportées. en toute sûreté et sans sérieuse altération durant cinq à sept jours.

Préparation pour l'utilisation.

Une solution de Pénicilline peut être injectée directement dans les veines, les muscles et sous l'arachnoïde, dans les ventricules cérébraux, les plèvres et le péritoine, dans les bourses séreuses et dans les cavités articulaires. Elle a été appliquée localement dans l'évidement pétro-mastoïdien, sur la conjonctive, sur la surface cérébrale et dans le parenchyme, sur des brûlures, dans des blessures et dans les sinus. La Pénicilline a été aussi utilisée en pommade dans les brûlures, dans les dermites et dermo-épidermites, dans l'acupuncture de la conjonctive et dans les conjonctivites.

La Pénicilline sodique est très soluble dans l'eau distillée, dans les solutions salines et glucosées. Dix mille unités peuvent être dissoutes dans un centimètre cube de ces solutions, qui sont le plus communément employées.

Le produit a été aussi utilisé sous la forme pulvérulente,

d'une application locale très douloureuse. L'usage de la pommade a été jusqu'à présent décevant, mais l'expérimentation de cette technique est limitée et l'utilisation d'une forme plus stable, telle que la Pénicilline calcique, peut s'avérer d'une plus grande valeur.

Le produit doit être dissout à la température amblante. Brunes ou jaunes, ses solutions devront être limpides à un pH. de 6.5 à 7.5. A un pH. supérieur à 0.8, la Pénicilline est instable, dit-on. Elle est détruite par l'ébullition ou par vingt minutes d'autoclave à 105° C.

Les concentrations recommandées pour l'usage clinique sont condensées dans le tableau I.

Tableau I. Concentration de la Pénicilline pour utilisations cliniques

Mode d'utilisation	Concentration	Véhicule
Injections intramusculaires.	5.000 à 10.000 U par cm³	Sol. saline à 0.85 %
Injections et applications locales :		
a) Plèvres.	1.000 U par cm³	—
b) Articulations et bourses séreuses.	500 à 1.000 U par cm³	—
c) Brûlures, plaies, sinus, conjonctivites, etc.	250 à 500 U par cm³	—
Pommade pour utilisation locale. . .	250 à 500 U par gr.	pas standardisée
Injections intraveineuses et intraveineuses continues, la durée d'injection du produit sera déterminée par : a) Dosage désiré en vingt-quatre heures ; b) Nécessité de l'apport de sérum, salin ou glucosé à 5 %.		

Absorption, Répartition, Excrétion.

La Pénicilline est facilement absorbée par l'organisme. Son excrétion est de même rapide et atteint une proportion de 60 à 70 % dans les vingt-quatre heures. Cette absorption et cette excrétion rapides sont un facteur important pour la répartition des doses en volumes et dans le temps, de manière à maintenir une effective concentration du produit durant une période déterminée. D'une seule injection intraveineuse massive résulte une rapide élévation de la concentration dans le sang et dans les tissus, mais aussi, dans un temps court, un abaissement également rapide de cette même concentration. Expérimentalement, une dose intraveineuse de vingt mille unités ne maintient pas une concentration effective pour plus de quatre-vingt-dix minutes. Une dose intramusculaire de vingt mille unités donne une élévation de la concentration en quelque sorte moins rapide, mais la concentration effective peut être maintenue pendant plus de deux heures. A la condition que chaque dose ne soit pas inférieure à quinze à vingt mille unités, un intervalle de trois heures entre chaque injection intramusculaire peut être considéré comme satisfaisant.

L'absorption par les muqueuses, le rectum et le duodénum est incomplète et irrégulière. Ces voies ne sont pas recommandées. Détruite par l'acidité gastrique, la Pénicilline ne doit pas être administrée per os.

La Pénicilline est en majeure partie excrétée par les urines et peut y être récupérée pour un nouvel usage. Le reste, après passage par le foie, se retouve dans les fèces. On n'en décèle ni dans la salive ni dans les larmes. Des doses thérapeutiques en injections intramusculaires ou intraveineuses n'atteignent ni le liquide céphalo-rachidien, ni les articulations, ni les bourses séreuses, ni les plèvres, ni les cellules mastoïdiennes, ni les anfractuosités traumatiques, ni les sinus, ni de volumineux abcès. Pour ces localisations infectieuses, et après une intervention chirurgicale appropriée, une thérapeutique locale doit être instituée.

Toxicologie.

Des animaux d'expérience peuvent être tués au moyen de la Pénicilline. Les doses nécessaires correspondent néanmoins approximativement à cent fois celles utilisées en thérapeutique humaine. La dose léthale pour l'homme est inconnue. Le rôle des impuretés présentes dans les préparations courantes est indéterminé, mais la Pénicilline pure peut être administrée avec peu de chances apparentes de déterminer des réactions défavorables. Avec les premières préparations deux types de réactions, l'une fébrile, l'autre urticarienne, furent notées. Aucune ne fut assez prononcée pour justifier l'interruption du traitement. De la fièvre, jusqu'à 102° F. (39° C.) peut être consécutive à de fortes doses poursuivies pendant plusieurs jours. L'urticaire peut se développer pendant ou à la suite d'un usage prolongé. Mahoney a rapporté deux cas de dermatite exfoliatrice chez deux malades ayant reçu 1.200.000 U de Pénicilline pour un traitement de syphilis. En outre, et selon une cuti-réaction par contact, trois personnes travaillant à ce produit y ont été sensibilisées. Des essais expérimentaux n'ont pas réussi à déceler une sensibilisation chez l'animal. Des études sur des cultures de tissus et de leucocytes montrent qu'à un taux de concentration très supérieur à celui qui est usité comme microbicide, la Pénicilline est sans effets nocifs. Les doses thérapeutiques peuvent être formulées sans faire état de la toxicité. La dose maximum est déterminée dans chaque cas en considération de l'effet optimum et de l'économie.

Bactériologie.

Le tableau II donne la liste des micro-organismes sur lesquels la Pénicilline a été utilisée cliniquement ou expérimentalement.

Même parmi les bacilles considérés comme sensibles à la Pénicilline, il reste à savoir s'il n'est pas des races résistantes. Plus importante encore est la question de la Pénicillo-résistance acquise. Elle paraît se produire en particulier avec le staphylocoque, et d'autant plus quand la dose initiale a été trop faible. Il est donc essentiel que tout traitement débute par une dose adéquate maximum. Il semble de surcroît que l'effet maximum de cette thérapeutique sera obtenu dès les premiers jours du traitement, et que, s'il est ineffectif durant les quatre ou cinq premiers jours, des résultats sensationnels seront ensuite peu probables.

La Pénicilline est généralement active contre les bacilles Gram positifs, les cocci Gram négatifs, et certains spirilles, en particulier les anaérobies Un cas de gangrène gazeuse a été un succès. Dubos a montré que cette différence d'action, quant aux microbes Gram positifs et Gram négatifs, s'avère identique pour la plupart des agents antimicrobiens. Il rappelle que, tandis que la plupart des savons sont actifs envers les Gram positifs, ils sont sans effets sur les Gram négatifs, et que, tandis que la bactériolyse est observée, en présence

Tableau II. Influence de la Pénicilline sur les micro-organismes

Organismes sensibles	Organismes insensibles
Gonocoques	Bacterium Coli
Méningocoques	Bacille d'Eberth
Pneumocoques (la plupart des types)	Bacilles paratyphiques
Streptocoques viridans et hémolytiques	Bacille dysentérique
Staphyloccoques dorés	Bacille entéritique
Bacille subtilis	Bacillus protéris
Bacilles sporogènes	Bacille pyocyanique
Bacille du charbon	Virus de l'influenza ou grippe
Bacilles de la gangrène gazeuse	Bacille de Ducrey
Bacille histolytique	Pneumobacille de Friedlander
Bacille tétanique	Pneumo-mycoses
Treponema palidum –	Autres virus
S. nooyl (1)	Manilia (2)
Virus de la Psittacose	Toxoplasma (3)
Actinomycose	Plasmodium

(1) (2) (3) Mots qui n'ont pu être traduits.

du complément et de l'anticorps, pour pratiquement tout le groupe Gram négatif, il ne s'est jamais vu pour les Gram positifs. Bien plus, les Gram négatifs ne sont sensibles qu'à quelques substances qui sont elles-mêmes des poisons protoplasmiques, tandis que le groupe des *Gram positifs* est sensible à une *variété* d'agents, dont la plupart possèdent une faible toxicité envers les cellules des tissus. Il fait remarquer qu'à d'importants points de vue, les microbes Gram négatifs sont biolcgiquement plus près des cellules des mammifères que ne le sont les Gram positifs, et qu'il peut être plus difficile de découvrir des agents pouvant être employés sans danger envers les Gram négatifs.

La Pénicilline s'est avérée inactive envers les mycoses (fungi), avec une exception possible pour l'Actinomycose. Les premiers résultats obtenus indiquent que le produit promet beaucoup dans le traitement de la syphilis, et des recherches à ce sujet sont entreprises sur une large *échelle*, tant dans les hôpitaux *civils* que dans un choix d'H.O.E. 2 sous la direction du Conseil National de Recherches et du Chirurgien Général. Le traitement de la syphilis par la Pénicilline n'est pas autorisé dans l'Armée, sauf dans des hôpitaux spécialisés. La Pénicilline peut être d'une réelle valeur dans le traitement des affections à spirilles associés, telles que l'angine de Vincent, le chancre mou, et d'autres. Heilman et Herrel ont trouvé la Pénicilline active, sur les animaux en expérience, dans le traitement de la fièvre intermittente (relapsing fever) et dans la maladie de Weil.

La Pénicilline s'est montrée inactive sur les infections à virus, bien qu'Heilman et Herrel l'aient trouvée efficace dans la préservation des souris contre des doses mortelles de virus de la Psittacose.

Voies d'administration.

Bien que certains auteurs aient utilisé habituellement la voie intraveineuse, pour la thérapeutique courante la voie intramusculaire a été plus largement employée. Pour des communs, la voie intramusculaire apparaît la plus adéquate et la plus pratique, mais dans des cas aigus et graves, au début et durant les deux ou trois premiers jours, la voie intraveineuse sera utilisée, avant de poursuivre par la voie intramusculaire. Des phlébites ont été signalées comme complication de la thérapeutique intraveineuse. On peut en réduire le risque par une technique soigneuse, en changeant chaque jour de veine, et en utilisant des solutions diluées. A mesure que la Pénicilline est purifiée les phlébites semblent devenir moins fréquentes.

La présence de lésions localisées de divers types commande, quand elle est possible, l'application d'un traitement local. Dans des conditions déterminées, ce traitement local est le complément indispensable de la thérapeutique générale, et dans bien des cas, comme dans la méningite, c'en est l'essentiel.

Dans des localisations anatomiques variées et de différents types pathologiques, la technique des applications locales exige de l'ingéniosité et une quotidienne et soigneuse étude bactériologique. Une sûre technique chirurgicale y sera adjointe. Quand bien même elle neutralisera le flot sanguin de l'infection générale partie d'un large foyer de suppuration, la Pénicilline ne le guérira pas. En application ou instillations locales, son absorption est lente, et les pansements ne doivent pas être renouvelés plus souvent qu'une ou deux fois par jour.

Thérapeutique.

Les types d'infection dans lesquels la Pénicilline a été particulièrement active comprennent : les furoncles (surtout ceux de la face), la furonculose et la cellulite ; l'ostéomyélite, les arthrites suppurées, les abcès aigus non putrides du poumon, les abcès du cerveau, les méningites purulentes, et les plaies ainsi que les brûlures infectées par des microbes sensibles. Un pourcentage très important des cas de blennorragie sulfamido-résistants relève de la Pénicilline.

La blennorragie aiguë est la seule maladie, dans laquelle le dosage optimum a été déterminé, avec un résultat immédiat et net. Dans toutes les autres affections le dosage est encore en question. Il sera généralement déterminé par la clinique, par le laboratoire et par l'évolution des lésions locales. Au paragraphe 26 t.b. Med. 9. 1944, il est dit : " Toutes les installations médicales pouvant le faire devraient instituer un plan d'étude sur l'action de la Pénicilline dans les groupes d'infections pour lesquelles la clinique est suffisante, et insuffisante l'évidence expérimentale de la valeur du produit. " De tels cas devraient être soigneusement étudiés, des observations exactes, claires et concises en devraient être conservées, et des résumés périodiquement établis. La gangrène gazeuse qui, chez l'animal, répond à la Pénicilline, est un de ces cas en suspens pour lesquels de nouvelles observations sont nécessaires. De nouvelles études sont de même indiquées pour les suppurations pulmonaires aiguës et chroniques, pour l'empyème et les infections péritonéales à microbes sensibles, pour la fièvre à rechute (relapsing fever), les soirochétoses tropica les (yaws), les leishmanoses, l'amibiase, les infections mycosiques, le rhumatisme. Le choléra, la peste,

Tableau III. Suggestions pour le dosage de la Pénicilline en thérapeutique

Maladies	Doses pro die	Dose unitaire	Intervalles	Voies	Jours de traitement Remarques
Blennorragie (mâle)	100.000	20.000	3 h.	IM	1 jour. 5 % des cas deux fois
Méningite à méningocoque	160.000	20.000	3 h.	IM	3 ou 4 jours ou plus
	20.000 local.	10.000	12 h.	PL	
Méningite à pneumocoque	200.000 à 300.000	30.000	3 h.	IM ou IV	Comme nécessaire souvent résistant
	20.000 local.	10.000	12 h.	PL	
Pneumonie à pneumocoque	120.000	15.000	3 h.	IM ou IV	3 ou 4 jours ou plus
Pneumonie à streptocoque	200.000	25.000	3 h.	IM ou IV	2 ou 3 jours ou plus
Furoncle et Cellulite	400.000	35.000 U par heure en IV continu ou 50.000 U toutes les 3 heures en IM			Chirurgie
Gangrène gazeuse	400.000	d°			Chirurgie
Septicémie et Poyhémie	Dosage dépend de l'intensité de l'infection et des foyers				Suivant besoins
Empyème et arthrites supp.	Suivant l'infection de l'organisme Supplément local de 20.000 U pro die en instillations				Selon besoins

a) Gonocoque et méningocoque : 100.000 à 200.000 U au moins pro die ;
b) Streptocoque et pneumocoque : 200.000 à 300.000 U au moins pro die ;
c) Staphylocoque et clostridia (4) : 400.000 U et plus chaque jour ;
d) Les infections à Gram négatifs peuvent être aggravées par la Pénicilline ;
e) Les applications locales de 500 à 1.000 U doivent être renouvelées toutes les douze ou vingt-quatre heures..
Unités exprimées en Oxford Unities.
Le traitement doit être systématiquement continué à doses réduites pendant trois à cinq jours après la défervescence.

(4) Mot qui n'a pu être traduit.

la tularémie, la trypanosomiase, les maladies d'origine rachitique n'ont pas parus sensibles au produit, mais de nouveaux essais paraissent justifiés. Dans l'endocardite maligne, l'essai fait à ce jour a été en quelque sorte désappointant, mais ces observations, surtout celle du début de la méthode, doivent être poursuivies.

Il paraît indiqué de poursuivre le traitement par la Pénicilline aussi longtemps qu'un résultat clinique se poursuit, et, dans les cas favorables, de continuer la thérapeutique de trois à cinq jours après que la température revenue à la normale, la maladie paraît jugulée.

La Pénicilline devrait être le médicament de choix dans les pneumonies à streptocoques et à staphylocoques. Elle devrait de même être utilisée dans tous les cas de pneumonie qui ne répondent pas, dans les quarante-huit heures, à la sulfamidothérapie.

La Pénicilline devrait encore être systématiquement utilisée dans le traitement de la méningite à streptocoques, dans les infections à staphylocoques et à pneumocoques, et dans les méningites à méningocoques qui ne répondent pas, dans les quarante-huit heures, à la Sulfadiazine. La thérapeutique combinée aux sulfamides et à la Pénicilline devrait être instituée dans les infections méningococciques foudroyantes, avec purpura généralisé et collapsus.

Doses.

Les doses de Pénicilline sont exprimées en " Unités Oxford ". C'est une unité arbitraire, originellement définie comme étant la quantité de Pénicilline qui, dissoute dans cinquante centimètres cubes de bouillon de culture, entravera de justesse le développement du staphylocoque doré.

Les recommandations pour les doses à employer, dans les conditions les plus habituelles d'utilisation, sont données dans le tableau III. Toutes doivent être considérées comme provisoires et susceptibles d'être modifiées par une expérience plus poussée. La clinique, la pratique du produit et la maladie traitée doivent toujours l'emporter sur les schémas dogmatiques.

La Pénicilline dans les Forces de l'air.

Au moment où cet article fut écrit, la Pénicilline était automatiquement distribuée chaque mois à tous les Hôpitaux Régionaux des Forces de l'Air. Elle peut être de plus allouée, sur la demande du Chirurgien en Chef, à toutes les installations des Forces de l'Air.

Le personnel volant atteint de blennorragie aiguë doit recevoir le traitement initial par la Pénicilline. Du point de vue militaire, l'utilisation de ce produit en ce cas a été une de ses plus remarquables applications. Quand dans la blennorragie aiguë on utilise les sulfamides, le temps moyen d'incapacité est de quatorze jours. Depuis que la Pénicilline ne produit plus de réactions entravant le vol, le personnel peut être remis en service sitôt le traitement terminé.

Le Service Médical de tous les terrains d'aviation est autorisé à instituer le traitement sur les membres des équipages en partance outremer.

Dans les Hôpitaux des Forces de l'Air, et en accord avec les notes de service traitant de la Pénicilline et de son utilisation clinique dans l'Armée, elle sera utilisée à toutes autres fins.

DÉCOUVERTE DES VACCINATIONS PAR VIRUS-VACCINS (1)

Professeur Pasteur VALERY-RADOT

Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, nous allons voir éclater le rôle primordial de la France, et cela malgré les dénigrements intéressés de certains esprits, qu'a toujours chagriné le monopole de la " Culture ".

De très longue date on avait observé qu'une maladie virulente ne récidivait pas chez un malade, une première fois infecté. On savait également que si, dans le poumon d'un bovidé atteint de péripneumonie, on plongeait un poignard, et qu'avec cette arme imbibée de sang on faisait des scarifications autour de la queue d'un animal sain, ce dernier ne contractait pas la péripneumonie. D'autre part, les documents historiques nous avaient appris qu'en Extrême-Orient, dès le XIe siècle, on connaissait la variolisation c'est-à-dire que, dans un but prophylactique, avec le contenu d'une pustule variolique on pratiquait des scari- fications sur les sujets sains ; mais, il y avait là une arme à double tranchant, en ce sens que si parfois les sujets vaccinés ne contractaient pas ultérieurement la variole, parfois aussi ils ne pouvaient l'éviter.

En Europe, c'est à la fin du XVIIIe siècle, en 1770, que Jenner propose la vaccination contre la variole. Les femmes qui, au contact des pustules vaccinales des vaches, ont pu s'infecter, remarque-t-il, ne contractent pas ultérieurement la variole. Ce savant prend alors quatre jeunes gens, et leur inocule en passage successif la " vaccine " de la vache, c'est-à-dire qu'avec la pustule du premier, il inocule le second, avec celle du second, il inocule le troisième, et ainsi pour le quatrième. Quelques mois après, il leur inocule la " variole " humaine et aucun d'entre eux ne prend la maladie. A partir de ce moment, on connaît la vaccination contre la variole. Mais s'agit-il d'un même virus? Chauveau (de Lyon) établit, en 1845, qu'on se trouve en présence de deux virus différents, un virus vaccinal et un virus varioleux.

Il est donc possible d'immuniser contre une maladie avec le virus d'une autre maladie, ce dernier ayant d'ailleurs subi déjà une atténuation par suite d'inoculations successives.

C'est alors qu'intervient Pasteur, qui parviendra, grâce à son génie, à immuniser contre une maladie avec le virus atténué de cette même maladie. Dès 1870, au cours de ses travaux sur les fermentations, il avait montré que des micro-organismes étaient capables de détruire la matière morte ; ne produiraient-ils pas, eux aussi, la destruction de la nature vivante (homme, animal), d'où devrait résulter l'état de maladie, par suite d'une désintégration de l'organisme? Ses travaux sont interrompus par la guerre, et aussitôt après il reprend ses travaux sur les ferments, sur la stérilisation et parvient le premier au monde à réaliser, dès 1876, la fabrication d'une bière inaltérable de la " bière de la revanche ", en concurrence nette avec les pays voisins,

En 1877, Pasteur reprend ses études sur les maladies virulentes ; il étudie la bactéridie charbonneuse, le streptocoque, le staphylocoque. Ses recherches sur la vaccination anticharbonneuse débutent en 1878. Le charbon ravageait les troupeaux de mouton en Beauce : 30 % d'entre eux mouraient, d'autres guérissaient très lentement, d'autres enfin guérissaient totalement. De cette observation naquit l'idée de la possibilité d'une vaccination, et celle-ci allait prendre corps à la suite d'autres recherches épidémiologiques.

Fin 1879, Roux et Chamberland, étudiant le choléra des poules, avaient remarqué que s'ils inoculaient des poules avec de vieilles cultures, les animaux ne devenaient pas malades. Bien plus, si, quelques semaines plus tard, ces mêmes poules étaient inoculées avec des cultures de vingt-quatre heures, elles ne devenaient pas davantage malades. Comme ils ne saisissaient la raison de ce phénomène. Pasteur, reprenant leurs travaux, vint leur en donner l'explication : ils avaient tout simplement réalisé une vaccination. Il était donc démontré que la culture atténuée par vieillissement d'un microbe pouvait vacciner contre la maladie virulente elle-même. La cause de cette atténuation, Pasteur l'établit, était due au contact avec l'oxygène de l'air. Plus longtemps une culture restait ainsi exposée à l'air, plus accentuée devenait son atténuation. Mieux encore : la virulence dans son atténuation était héréditaire, de repiquage en repiquage pour une même culture.

Cependant, pour le charbon, survenait un écueil important : la bactéridie formait des spores résistantes ; on put arriver cependant à éviter cette formation par un chauffage à 40°, et à réaliser ainsi des vaccinations effectives sur des moutons.

En 1881 se place la fameuse expérience, réalisée tout au succès de Pasteur, à Pouilly-le-Fort, près de Melun, car il n'hésita pas à en garantir la réussite par avance. Deux lots de 50 moutons chacun, les uns vaccinés, les autres non vaccinés furent inoculés le 5 mai avec une culture peu virulente, le 17 mai avec une autre culture plus virulente, et le 31 mai avec la bactéridie virulente; les animaux non vaccinés périrent tous, les vaccinés résistèrent tous, la grande majorité d'une manière immédiate, de rares sujets après une fébricule de deux ou trois jours.

Cette expérience eut un retentissement considérable ; elle confirmait la méthode générale d'atténuation du virus. Seul, Koch essaya de la critiquer à plusieurs reprises sans vouloir aborder une discussion ouverte avec Pasteur, qui dut par un mémoire officiel réduire à néant toutes les observations de l'Allemand.

Après le charbon, Pasteur s'attaque à la rage ; ses travaux se poursuivent durant cinq ans, sans qu'il soit possible d'en trouver le virus, même dans le système nerveux. Cependant ce savant établit que le virus rabique siégeait non seulement dans la salive, mais encore dans les centres nerveux ; il reproduisit ainsi la maladie chez le chien au moyen de l'inoculation directe de substance nerveuse ratique à la surface du cerveau. En 1885, il obtint l'atténuation du virus contenu dans les moelles de lapins morts de la rage, à l'aide de leur dessiccation à la température de 23° ; plus il s'éloignait du début de la vaccination, plus l'atténuation du virus était grande. Ainsi put être réalisée la vaccination contre la rage au moyen de l'injection d'émulsions de moelles desséchées, depuis celles du 14e jour, jusqu'à celles du 5e jour.

Cette méthode de vaccination par les virus-vivants a été continué après Pasteur. Citons la vaccination contre la tuberculose par le B.C.G., (bacille de Koch atténué par la culture) ; contre la fièvre jaune (cerveau de souris infectée), contre le typhus, la peste. Ces procédés, qui emploient ainsi le germe vivant atténué, ont été suivis d'autres au moyen de germe tué (fièvre typhoïde, etc.).

Nous ne devons pas oublier, en nous remémorant tous ces travaux, que Pasteur, grâce à son génie, a grandement honoré la science de tous les pays et de tous les temps, cela à l'honneur de la France. De ce grand Français, qu fut aussi un grand patriote au cours même de ses travaux, il convient de rapprocher le général de Gaulle; le secret de leur réussite a tenu et tient à leur ténacité et à leur intuition. A tous deux notre respect et notre admiration.

G. FISCHER.

1) Conférence faite le 6 décembre 1944 à l'Hôpital Bichat.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MÉDECINE

Importance de l'étude systématique de la glycémie en chirurgie.

(MM. J. Pervès et J. Séranne, de la Marine. — Présentation par M. Lenormant ; 23-5-1944)

Si tous les chirurgiens connaissent l'influence d'un état hyperglycémique dans les infections ou les suites opératoires, beaucoup d'entre eux ne considèrent pas le dosage du sucre sanguin comme un renseignement indispensable pour tous les cas, au même titre que la recherche de l'albuminurie et de la glycosurie et les dosages de l'urée sanguine.

En chirurgie, certes, il est devenu banal de rechercher la glycosurie et l'hyperglycémie dans les furoncles récidivants et les staphylococcies rebelles. MM. Pervès et Séranne estiment que l'étude de la glycémie sanguine, dans les cas chirurgicaux, pourrait être beaucoup plus étendue. Ils ont rencontré, surtout chez des malades d'urologie, des glycémies anormalement élevées et méconnues longtemps (diabète occulte), qui conditionnaient des troubles graves qu'une thérapeutique chirurgicale seule restait impuissante à juguler. Ils citent l'exemple suivant : un homme de 31 ans entre à l'hôpital maritime de Toulon pour une suppuration prostatique intarissable avec fistules périnéales. Tous traitements locaux avaient été abandonnés : les dilatations, les massages provoquaient chaque fois une réaction fébrile intense. Pas de glycosurie, mais, suspectant une hyperglycémie, les auteurs demandèrent un dosage du sucre sanguin : il s'élevait à 2 gr. 80 %. Une cure antidiabétique ayant été instituée, les traitements locaux furent normalement supportés et les fistules se tarirent rapidement.

Les chirurgiens doivent donc penser à l'existence fréquente des diabètes " occultes et latents ".

Mécanisme des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Nouvelle réaction de floculation.

(M. Dognon et Mlle Simonot. — Présentation par M. Fiessinger ; 23-5-1944)

Note sur le développement des conduits naso-lacrymaux chez l'homme et sur le coloboma facial.

(MM. G. Cordier et Pierre Roux ; 23-5-1944)

L'index tuberculinique dans la région parisienne. Son état actuel. Ses rapports avec la mortalité tuberculeuse.

(MM. F. Bezançon, Boulanger et Maclouf ; 6-6-1944).

MM. Boulenger et Maclouf ont pratiqué chez 7.000 sujets de moins de 20 ans, appartenant aux groupes scolaires de plusieurs arrondissements de Paris, des cuti-réactions. A leur surprise, alors qu'ils s'attendaient à constater un relèvement du taux de l'index de tuberculisation correspondant à celui du taux de la mortalité qui, on le sait, est passé de 155 en 1939 à 214 en 1941, ils ont vu que l'index tuberculinique était plutôt en diminution. Les conditions si défectueuses de la période actuelle, qui ont entraîné un relèvement de la mortalité tuberculeuse, n'ont donc pas eu la même répercussion sur l'index de tuberculisation.

Ce désaccord apparent trouve son explication dans les facteurs intervenant en matière d'index tuberculinique d'une part, et de gravité de la tuberculose, d'autre part. Les variations de l'index tuberculinique sont conditionnées par la fréquence plus ou moins grande de la contagion et quelques autres causes encore mal précisées. La gravité de la tuberculose et la mortalité tuberculeuse dépendent non seulement de la fréquence et de la source de la contagion, mais aussi d'autres conditions (terrain, organisme plus ou moins résistant, sous-alimentation, dépression physique et morale). Ce sont ces dernières surtout, qui ont provoqué l'augmentation de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses constatée en 1941-1942.

P. L.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les phlébites post-traumatiques et post-opératoires chez les bactériuriques.

(M. G. Rouhier ; 1-3-1944)

Des séries d'examens cytobactériologiques des urines, longtemps poursuivies avant et après les opérations chirurgicales, ont donné à l'auteur l'impression très forte que, si les sujets qui éliminent des microbes par les urines ne font pas tous, heureusement, des phlébites post-opératoires ou post-traumatiques, c'est généralement chez eux que ces accidents apparaissent. Les éliminations bactériennes par les urines trahissent l'existence d'un foyer d'infection d'où partent des bactériémies passagères ou habituelles et il suffit que l'état du sang (hypercoagulabilité), l'état des veines ou le régime circulatoire viennent à réaliser un ensemble de conditions prédisposantes suffisant, pour que cette infection endogène provoque la thrombose. La conclusion de ceci est que, lorsque l'on constatera, chez une future opérée, la coïncidence d'un temps de coagulation trop court et d'une poussée de bactériurie, il sera prudent de craindre tout particulièrement la phlébite et l'embolie. La recherche du temps de coagulation et l'examen cytobactériologique des urines ont aussi leurs indications, à ce point de vue, au début de la période de soins des grands traumatisés et des grands fracturés. Les complications veineuses des fractures, sans être fréquentes, ont été observées cependant. M. Rouhier en rapporte deux cas, comportant l'un et l'autre de la bactériurie.

L'enclouage centro-médullaire des os longs.

(M. Christian Rocher, de Bordeaux. Rapport de M. Leveuf ; 8-3-1944)

L'enclouage centro-médullaire comme traitement des fractures des os longs (méthode de Küntscher) consiste à introduire dans le canal médullaire sous le contrôle des rayons X, une longue tige, en acier inoxydable, destinée à maintenir les deux fragments en état de réduction. M. Rocher a utilisé quinze fois cet enclouage dont l'indication a été l'irréductibilité de la fracture ou la difficulté de la maintenir réduite.

MM. Jeanneney et J. Magendie rapportent, de leur côté, six observations d'enclouage centro-médullaire des os longs. La première impression qui se dégage de ces six cas, disent-ils, est la suivante : 1° la tolérance de la moelle osseuse pour cette prothèse volumineuse est remarquable, à condition d'utiliser des métaux " atoxiques " ; 2° la destruction importante de la moelle osseuse provoquée par la tige semble produire un retard net de la consolidation, retard à la vérité d'importance secondaire, la solidité de l'assemblage réalisé par cette ostéosynthèse permettant la reprise précoce des mouvements ; 3° le procédé paraît digne d'attention et susceptible d'assez nombreuses indications.

M. Meillère remarque toutefois que l'enchevillement métallique des fractures diaphysaires n'est pas sans danger. Il a observé à Laennec un jeune ouvrier dont la fracture diaphysaire du fémur droit avait été enchevillée à Berlin, en juillet 1943 et qui vint à Paris dans un état

grave d'anémie et de pyohémie chronique. L'extirpation de la tige, faite en mars 1944 par M. Meillère, s'avéra difficile et le devenir du malade reste bien sombre du point de vue tant vital que fonctionnel. Il s'agissait il est vrai d'un cas peu favorable (fracture ouverte). L'enchevillement par tige métallique type Küntscher permet une bonne réduction des fractures et une mobilisation précoce mais la méthode peut offrir des inconvénients. Ses indications seraient à préciser.

P. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(avril 1944)

MM. Courtois et Bezlaud. — **Sur un cas d'infection puerpérale ayant résisté à la sulfamidothérapie intensive ainsi qu'aux autres thérapeutiques.**

Le pronostic de l'infection puerpérale a été transformé depuis l'emploi de la sulfamidothérapie massive. Cependant, il existe encore des échecs. Les auteurs ont observé un cas d'infection puerpérale particulièrement sévère qui a succédé à un accouchement normal et dont le début a été très précoce. L'affection a revêtu la forme d'une septico-pyohémie avec apparitions successives de deux phlébites et d'infarctus pulmonaires.

Le traitement très énergique mis en œuvre — transfusions, sérothérapie spécifique, abcès de fixation et surtout sulfamidothérapie intensive — n'a pu enrayer l'évolution fatale.

MM. Courtois et Beziaud. — **Sequelle lointaine d'éclampsie.**

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme âgée de 37 ans qui fut traitée en 1938 pour crises d'éclampsie. Revue à plusieurs reprises depuis cette date, elle présente actuellement, après six ans, une glomérulo-néphrite d'origine éclamptique. Les auteurs pensent qu'il faut tenir le plus grand compte des séquelles rénales lointaines dans le pronostic de l'éclampsie.

M. Nemours-Auguste. — **Considérations sur le diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes.**

L'auteur étudie les niches d'ulcère bénin, d'ulcère transformé, de cancer ulcériforme. Il montre la difficulté de reconnaître les caractères de bénignité ou de malignité d'une ulcération, soit par la clinique, soit par la radiologie, soit au cours de l'intervention, le radiodiagnostic étant le pivot du diagnostic. L'auteur rappelle les signes radiologiques permettant de rapporter les images à leur véritable cause. Il insiste sur l'importance d'examens faits avec une technique impeccable, recommande des examens au cours de l'évolution de la maladie, proscrit les examens rapides avec un seul cliché et surtout les radioscopies sans radiographies. Il rappelle les aspects classiques de bénignité et de malignité basés sur les particularités de la niche, sur celles de l'estomac, près et loin de la lésion, sur les modifications de volume du cratère de l'ulcération, dans le temps.

LA PRESSE

Un cas d'avitaminose A spontanée. — Les cas de ce genre sont rares, du moins ceux qui se révèlent par des symptômes bruyants. Peut-être en existe-t-il des formes frustes ou complexes, dont la connaissance serait d'un grand intérêt si elle nous expliquait la physiopathologie et les mécanismes intimes de certains faits pathologiques.

MM. P. Puech et *P. Bernard* ont eu l'occasion d'observer un cas d'avitaminose A spontanée, probablement par absence de transformation des carotènes en vitamines A, ou par destruction de celle-ci dans les tissus, et peut-être par l'un et l'autre mécanisme. Il s'agissait d'un sujet jeune, en dehors de toute carence d'apport alimentaire. L'étude clinique a révélé que la xérophtalmie en était pratiquement le seul signe à retenir et ne s'accompagnait pas d'héméralopie, appréciable par la méthode de Chevallier. A l'opacification progressive des deux cornées ne s'ajoutait pas la moindre altération de la peau ou des muqueuses. On notait une obésité assez importante à prédominance tronculaire, avec quelques vergetures au niveau des seins, ayant débuté à l'âge de six ans, sans cause apparente ; puis des troubles menstruels étaient apparus par la suite : règles peu abondantes, très irrégulières avec des arrêts de plusieurs mois. Le métabolisme basal était abaissé de 23 % et de 30 %, alors que, dans l'avitaminose A expérimentale, son élévation est classique. Chez le jeune enfant, où la xérophtalmie s'observe habituellement, elle s'associe à des troubles importants du développement et à des troubles digestifs, ce qui n'était pas le cas ici, les fonctions hépatiques mêmes étant cliniquement normales. Chez le malade en question, tout se passait cnmme si la vitamine A, même introduite par voie parentérale subissait une destruction dans le sang. (*Paris-Médical*, 10 *août* 1944).

Tendances actuelles du traitement de la tuberculose rénale. — *R. Gouverneur* et *J. Pérard* veulent d'une manière générale prendre la défense de la néphrectomie pour tuberculose rénale, dont on cherche depuis quelques années à faire le procès sur des reproches qui leur semblent injustifiés. L'idée première était que la néphrectomie constituait le seul traitement logique d'une maladie, qui apparaissait à l'évidence comme primitive, unilatérale, spontanément ou médicalement incurable. Mais, certains urologues voudraient prouver que la tuberculose rénale ne justifie pas la néphrectomie de principe, car cette infection serait, contrairement aux idées classiques, secondaire et non primitive, bilatérale au début, et non unilatérale, et enfin médicalement curable. Les auteurs discutent tous ces arguments aux points de vue scientifique et pratique. Rejetant du cadre clinique certaines formes de début, ils ne considèrent comme tuberculose rénale chirurgicale que la tuberculose ulcérocaséeuse, avec pyurie et déficience fonctionnelle du rein ; il ne leur viendrait pas à l'idée d'enlever des reins, dans lesquels on ne trouverait que quelques bacilles de Kock, sans polynucléaires ou avec de rares polynucléaires. A noter le nombre d'opérés, qui présentent toute leur vie des troubles vésicaux (sans compter d'autres localisations possibles de la tuberculose), parce qu'ils ont été trop tardivement néphrectomisés. Dans l'immense majorité des cas, quand la tuberculose rénale se présente à nous, disent ces auteurs, elle est déjà suffisamment évoluée et stabilisée pour qu'on intervienne sans arrière-pensée. Le principe formel à admettre, c'est que tout rein tuberculeux présentant une pyurie avec déficience fonctionnelle appréciable doit être supprimée, à condition que le rein opposé soit reconnu indemne. (*La Presse Médicale*, 11 *novembre* 1944).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE



PROPOS DU JOUR

L'ÉVOLUTION DE L'HISTOLOGIE

Il y a maintenant soixante ans, au début de nos études médicales, nous étions élève à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ; le vieux directeur de l'École, le Dr V. Fleury, un ancien interne de Dupuytren, très habile chirurgien, éminent clinicien mais qui était resté de son époque, avait horreur des innovations. Il ne pouvait comprendre l'enseignement de l'histologie et nous l'entendîmes maintes fois exprimer ce paradoxe : « Pardieu, sacredieu ! nous devons enseigner aux officiers de santé l'histologie ! ne ferait-on pas mieux de leur apprendre à monter à cheval ? Cela leur serait plus utile. » Depuis, les officiers de santé ont disparu et les praticiens ne montent guère à cheval. Nous ne discuterons pas si aux médecins de campagne l'enseignement de la mécanique pour pallier les pannes de leurs autos, ne serait pas utile ? Ce serait un sujet dont l'examen, à notre avis, ne serait pas déplacé. Mais l'enseignement de l'histologie s'impose ; ne serait-ce que pour mériter le grade de docteur qui est imposé à tous les praticiens. La connaissance de l'histologie, comme celle de l'anatomie, etc. de la physiologie, de l'étiologie, de la pathogénie, etc. est nécessaire à un médecin instruit, car elle est soumise à une évolution continuelle comme toutes les sciences biologiques. Elle apprend à comprendre bien des mystères du fonctionnement des organes de l'être vivant et de ses maladies. Aussi avons-nous lu avec intérêt la savante leçon inaugurale de la Chaire d'Histologie de l'Ecole de Besançon du Pr J. Henriet, de Pontarlier, leçon qui pourrait s'intituler « l'Evolution de l'Histologie ».

Le Pr Henriet est chirurgien ; brillant interne de la Faculté de Strasbourg, il est disciple et admirateur du Pr Leriche, ce qui explique les idées larges avec lesquelles il envisage l'enseignement de l'Histologie.

***

Galien le premier fait allusion à la connaissance de la texture des organes et de l'agencement des matériaux dont ils sont composés.

Au xviie siècle, Malpighi crée l'anatomie de texture, l'histologie, et introduit dans cette étude l'emploi du microscope.

A la fin du xviiie siècle, Bordeu et surtout Xavier Bichat, dans son *Traité d'Anatomie Générale*, étudient les matériaux des tissus.

Au xixe siècle, Schwann expose sa théorie cellulaire. Les cellules sont reliées entre elles par une substance intercellulaire.

La technique de l'histodissection fit à la fin du xixe siècle d'importants progrès ; l'emploi de la gomme, de la celloïdine, de la paraffine permirent l'inclusion des tissus à examiner et de les réduire en coupes très minces au microtome pour l'examen microscopique. L'usage des colorants électifs est venu perfectionner cet examen. Citons les progrès techniques dont Ramon y Cajal et Bielchowsky sont les auteurs, pour colorer les fibrilles nerveuses, ceux de Weigert et de Holzer qui permirent l'étude de la névroglie, ceux de André Thomas pour l'examen du tissu conjonctif, etc. Ces nouvelles techniques permirent de débrouiller l'amas confus des fibrilles nerveuses et de faire faire un pas définitif à l'anatomie du système nerveux.

Mais ces progrès techniques des colorants ne permirent que l'examen de la texture des organes morts au point de vue morphologique. Metchnikoff dans ses recherches sur la phagocytose, fut un précurseur de l'histophysiologie à la fin du xixe siècle et bientôt Roussy put écrire :

« Le perfectionnement apporté par les nouvelles méthodes d'observation, les colorations vitales, les cultures de tissus, les transplantations d'organes permettent aujourd'hui d'étudier, non plus les tissus morts, mais bien les tissus vivants et de mieux analyser les causes qui viennent en troubler le rythme normal. »

L'histologie anatomique a fait place à l'histophysiologie, qui est encore dans son enfance et tous les jours fait des nouvelles découvertes.

« Nous ne connaissons, a dit le Pr Leriche, que les lésions anatomiques des maladies, c'est-à-dire les conséquences d'un trouble apporté dans le fonctionnement normal d'un organe et d'un tissu et ne devont-nous pas réserver toute notre attention, non plus à l'effet, à la conséquence, mais à la cause même de ces perturbations physiologiques pour y apporter remède plus sûr, et cette cause se trouve bien être, à son point de départ, un désordre tissulaire. »

A cet égard, la culture des tissus offre un champ d'études très vaste ; elle peut s'assimiler à la culture des microbes en bactériologie. A la fin du siècle dernier, Léo Loeb observe la survie de fragments de tissus implantés sur des blocs de sang coagulé. En 1907, Ross Grandville Harisson réalise la culture des tissus, ouvrant ainsi aux chercheurs une voie nouvelle et un horizon insoupçonné. Burows et Carrel créent à ce sujet une méthode qui promet des brillants résultats que nous ne pouvons pas exposer ici. Paul Carnot observe que l'activité des tissus en voie de cicatrisation était accrue par des substances qu'il appela tréphones, contenues dans les extraits des tissus embryonnaires. Carrel ajoute à ses cultures des tréphones et augmente ainsi considérablement le développement. Carrel put conserver des tissus de culture jusqu'à ce jour dont la souche remonte à 1912. Le but à poursuivre, c'est la découverte d'un procédé pour activer ou ralentir l'accroissement des tissus, et établir les lois qui président à leur fonctionnement et à leurs relations avec d'autres tissus.

L'histophysiologie a dès à présent dans son domaine les recherches sur la contraction du muscle cardiaque, sur la synergie biologique des tissus, sur les interactions tissulaires. L'endocrinologie, les régulations hormonales, l'immunité (car les anticorps résultent des tissus cultivés) relèvent de la physiologie cellulaire. Le problème de la pathogénie du cancer peut être ainsi résolu.

On ne s'est pas borné à cultiver des tissus, on est arrivé à obtenir *in vitro* l'accroissement d'ébauches d'organes. Pour étudier les échanges, l'évolution, la sénescence des organes, il fallait réaliser un procédé technique qui permit l'irrigation d'un liquide nourricier dans un organe. En 1936, CARREL et LINDBERG inventèrent dans ce but leur cœur artificiel et CARREL put en 1938 cultiver le tissu secréteur d'une glande thyroïde. ANDRÉ THOMAS au *Laboratoire d'Histologie expérimentale de l'Institut du Radium de Paris*, perfectionna le cœur artificiel. « Nous voulons comprendre non plus seulement constater, a dit le Pr LERICHE nous devons donc devant la maladie, étudier l'individu dans ses tissus autant que dans la cause. »

« Etudier le tissu, étudier sa physiologie, c'est prendre la pathologie à sa source. »

M. HENRIET cite encore le Pr LERICHE dont il a suivi la clinique chirurgicale à Strasbourg : « C'est le trouble tissulaire qui crée la lésion, c'est lui qui cliniquement fait la maladie, lui qui, d'habitude, tue bien avant l'heure des destructions anatomiques. »

Et M. HENRIET qui est un chirurgien prend comme exemple la maladie postopératoire.

A la suite d'opérations qui ont occasionné un important traumatisme des tissus, survient quelquefois cette maladie qui se manifeste par un syndrome protéiforme tant dans son aspect clinique (vomissements, troubles généraux, troubles moteurs gastro-intestinaux, perturbations circulatoires) que dans ses réactions humorales (acidose, hypochlorémie, hyperazotémie). Cet état est dû à la désintégration des substances protéiques qui sont libérées par le traumatisme des tissus, causé par l'acte opératoire. Cette « catastrophe tissulaire » pour nous servir de l'expression de LERICHE, appelle le « respect des tissus » par le chirurgien qui doit songer à être le plus réservé pour éviter la catastrophe.

L'histophysiologie conduit le chirurgien à pratiquer le moins possible la chirurgie mutilante (LERICHE). La médecine nous offrirait maints exemples analogues aux cas chirurgicaux qui relèvent de l'histophysiologie.

Nous constatons en terminant que l'histologie a perdu son caractère uniquement morphologique et descriptif pour devenir physiologique et expérimentale.

Comme toutes les sciences qui se rapportent aux êtres vivants, l'histologie a évolué et est devenue une science biologique.

J. NOIR.

DROIT PROFESSIONNEL

LES DROITS ACTUELS DES MÉDECINS SINISTRÉS

Il y a un an, nous avons fait une mise au point de cette question, sous l'angle de la législation alors en vigueur. Nous l'avons vivement critiquée, cette législation, en ce qu'elle ne prévoyait qu'une insuffisante indemnisation des dommages mobiliers, et surtout en ce qu'elle instituait en ce domaine, au détriment de la profession médicale, par rapport aux autres professions une choquante inégalité. Nous avions, de plus, jugé prématurés des textes ayant la prétention de fixer dans le détail les règles et conditions de paiement de la reconstruction du patrimoine national alors que la guerre n'était pas finie, et qu'étaient parfaitement inconnues les ressources que, la paix venue, l'Etat pourrait affecter à la réparation des dommages de guerre. Qu'est-il advenu de cette législation trop généreusement hâtive ? Elle n'a été ni expressément abrogée, ni annulée par les nouvelles lois républicaines ; elle reste donc provisoirement en vigueur. Sera-t-elle, dans un avenir plus ou moins proche, sérieusement remaniée ? Nul ne le sait encore.

Toujours est-il que le nouveau régime, en attendant de prendre position à cet égard, a promulgué une ordonnance sur la reconstitution d'urgence, en date du 3 juin 1944, que nous allons étudier.

I. — Dommages immobiliers.

Cette ordonnance, modifiée par celle du 12 novembre 1944, ainsi que ses textes d'application (*décret du 3 juin 1944* et *arrêté du 10 août 1944*) visent essentiellement à régler le *mode d'exécution des travaux nécessaires pour satisfaire au plus tôt les besoins vitaux* de la population des localités atteintes.

Ils prévoient notamment le déblaiement *partiel* des décombres et le rétablissement *partiel* des voies publiques, ainsi que la *réparation provisoire ou définitive* des maisons d'habitation, et l'édification ou l'aménagement de *logements provisoires*, lorsque ces travaux ne *doivent pas entraîner une dépense supérieure à 20.000 francs par personne à loger* et lorsqu'ils peuvent être *achevés dans un délai de six mois* à partir du moment où le lieu de leur exécution a cessé de faire partie de la zone des combats.

PROGRAMME DES TRAVAUX. — Au plus tard, lorsqu'une commune a cessé de faire partie de la zone des combats (ce qui est maintenant le cas pour la presque totalité du territoire français) la municipalité de toute localité sinistrée doit *établir le programme détaillé* des travaux à faire, et prescrire l'*exécution immédiate* de ceux qui correspondent aux *besoins les plus urgents* de la population. Le programme de ces travaux doit indiquer entre autres : les voies publiques et les emprises d'immeubles à déblayer ; les immeubles ou parties d'immeubles qui doivent recevoir des réparations provisoires ou définitives sans que leur destination normale soit changée ; les terrains, bâtiments ou parties de bâtiments qui doivent recevoir, après réquisition, des aménagements provisoires pour un usage différent de

leur usage normal, les autres travaux éventuellement nécessaires aux besoins de la population.

Répartition des travaux. — *a*) Les *travaux de déblaiement nécessaires au rétablissement de la circulation* sur les voies publiques et la *démolition des immeubles dont l'état de ruine constitue un danger*, sont exécutés *par les soins et aux frais de l'Etat*, qui devient propriétaire des matériaux récupérés au cours des travaux, nous dit l'ordonnance du 3 juin 1944. Qu'en est-il pour le *déblaiement des autres immeubles* ? Dans le silence de cette ordonnance, force nous est, pour l'instant, de nous référer au texte de Vichy (art. 52 de la loi du 12 juillet 1941) lequel dispose que les travaux de déblaiement et d'arasement des immeubles détruits du fait d'actes de guerre sont pris en charge par l'Etat. Dans le cas où ce sont les propriétaires sinistrés qui exécutent ces travaux, le remboursement des dépenses faites leur est effectué sur la base d'un prix moyen départemental, sous déduction de la valeur des matériaux récupérés par le propriétaire.

b) Sont exécutés par les *soins de la municipalité* l'aménagement provisoire d'immeubles privés en vue d'un usage différent de leur destination normale et la *construction de locaux provisoires destinés à servir de logements* ou à d'autres usages

c) Est exécutée par les *soins des propriétaires* la réparation des *immeubles privés dont la destination normale est conservée*. L'ordre d'exécuter cette réparation est donné par arrêté municipal. Si le propriétaire refuse ou est hors d'état d'exécuter ces travaux, le droit de réquisition des immeubles et terrains est ouvert au maire et au préfet pendant un délai de trois mois à partir du passage de la localité hors de la zone des combats. Aucune indemnité de réquisition n'est accordée au propriétaire qui a refusé d'exécuter les travaux.

Participation de l'Etat aux dépenses. — *a*) La fraction de ces dépenses qui correspond à des *travaux provisoires non utiles* pour la remise en état définitive de l'immeuble est entièrement à *la charge de l'Etat* ;

b) Pour l'*autre fraction des dépenses*, la participation de l'Etat sera fonction de la législation générale sur les dommages de guerre. Mais en tout état de cause l'Etat devra en plus prendre en charge *la moitié de la fraction non couverte par cette législation*, à *la condition* que les travaux aient été effectivement réalisés dans le *délai de six mois* à partir du moment où le lieu de leur exécution a cessé de faire partie de la zone des combats.

Avances sur travaux. — Pour les obtenir de l'Etat, le propriétaire sinistré doit adresser au représentant local du Service central de reconstitution d'urgence (*Service des Ponts et Chaussées*) une *demande* visant l'arrêté municipal qui a ordonné les travaux, et à laquelle sont joints *mémoires d'entrepreneurs* et *factures des fournisseurs*, certifiés exact par le maire. La demande doit indiquer le *nombre de personnes qui pourront être hébergées en raison des réparations effectuées*, et elle doit être appuyée d'une *déclaration sur l'honneur* indiquant le montant des disponibilités du sinistré. Elle doit être *visée* par le Service de reconstitution d'urgence. Au cas où le visa serait refusé, les travaux exécutés seraient soumis aux dispositions de la législation générale sur les dommages de guerre.

L'avance est *payée* aux sinistrés sur ordre de paiement du Service de reconstitution d'urgence, après que le sinistré a signé, en quatre exemplaires, un *contrat de prêt* conforme à un modèle annexé à l'arrêté du 10 août 1944, et que nous analysons.

En tout état de cause, si à la fin du sixième mois qui suit la date à laquelle la commune a cessé de faire partie de la zone des combats les travaux ne sont pas achevés, une demande d'avance doit être obligatoirement présentée par le sinistré, accompagnée d'une récapitulation des avances antérieures.

Remboursement des avances. — A *concurrence du montant de la participation définitive* de l'Etat dans le coût de ces travaux, telle que nous l'avons dégagée plus haut, le remboursement s'effectuera par *compensation* entre la dette de l'Etat à ce titre et sa créance au titre avances. Si *les avances* — ce qui se produira fréquemment — *ont dépassé le chiffre* de la participation de l'Etat, elles devront être *remboursées sans intérêt* au Trésor en *trois termes annuels égaux*, à partir de la promulgation de la loi sur les dommages de guerre. A défaut de promulgation rapide de cette loi, permettant le calcul de l'indemnité définitive, le propriétaire emprunteur devra en tout état de cause rembourser à titre provisionnel :

a) Un dixième du montant total du prêt à la fin de la première année ;

b) Deux dixièmes à la fin de chacune des deuxième et troisième années.

Pour obtenir le bénéfice de la participation supplémentaire de l'Etat dans la moitié des dépenses non couverte, par la législation sur les dommages de guerre, telle que nous l'avons précisée ci-dessus, le propriétaire doit adresser au représentant du Service de reconstitution d'urgence, lorsque les travaux sont terminés, une demande spéciale, et justifier qu'il a fait exécuter lui-même les travaux par un certificat du maire joint à cette demande.

Voilà, analysée aussi clairement que possible, la législation actuelle sur la reconstruction rapide d'immeubles. A cette législation provisoire et d'urgence se superpose actuellement — pour combien de temps ? — la législation de Vichy. Seules se trouvent à l'heure actuelle implicitement abrogées par la législation nouvelle la loi du 9 février 1941, modifiée par celle du 12 juillet 1941, sur la réparation rapide des immeubles sinistrés, et la loi du 12 juillet 1941 sur la construction, l'implantation et l'aménagement d'abris provisoires.

Pour le surplus nous renvoyons ceux de nos lecteurs que la question intéresse plus particulièrement, à l'étude que nous avons précédemment publiée (1), et que nous tenons à leur disposition sur demande. Rappelons que, par Vichy, la participation définitive de l'Etat aux dépenses de reconstruction a été fixée en principe à 80 % de leur coût normal.

II. — Dommages mobiliers.

Pour cette catégorie de dommages, aucune disposition n'a encore été prise par le Gouvernement provisoire de la République française. Nous restons donc sous le régime ridiculement insuffisant et inéquitable pour les médecins qu'a institué la législation de Vichy (*cf.* étude précitée).

Pour le *mobilier non professionnel*, les médecins, comme tous autres citoyens français, ont droit : soit à une indemnité forfaitaire de 15.000 francs pour un ménage légitime, augmentée de 5.000 francs par enfant ;

(1) *Concours Médical*, 11 novembre 1943 p. 897.

soit, en cas de police d'assurance, à 50 % de la valeur assurée, avec maximum de valeur assurée de 100.000 fr. ; cette indemnité est augmentée de 10 % par enfant.

Pour le *mobilier professionnel*, le médecin a seulement droit à une indemnité forfaitaire de 5.000 francs, majorée de 2.000 francs si l'installation détruite comportait une salle d'attente. Pourquoi ce taux de misère, alors que, selon la même législation, l'Etat a fixé à 70 % de leur coût sa participation aux dépenses de reconstruction des entreprises industrielles, commerciales ou artisanales ? Malgré nos efforts nous n'avons jamais pu obtenir de réponse satisfaisante. Certaines autorités officielles s'étaient, avant la libération, émues de cette injustice, mais sans résultat tangible.

Cette inégalité est d'autant plus inexplicable que, sur le plan de l'assurance-risques de guerre, les médecins ont été aussi défavorisés. Les industriels, commerçants et artisans ont pu, nous l'avons signalé en son temps, s'affilier à une Caisse Mutuelle de Sauvegarde Industrielle et Commerciale contre les risques de guerre. Les médecins, eux, et surtout les spécialistes qui avaient un intérêt au moins égal à celui des artisans à assurer leur matériel professionnel, ne purent le faire, faute d'un texte spécial que nous avons réclamé en son temps. On devine donc dans quelles angoisses se trouvent aujourd'hui tel radiologiste, chirurgien, ou oto-rhino-laryngologiste dont le matériel a disparu, et qui n'a comme seul recours que la promesse de recevoir 7.000 francs de l'Etat et 10.000 francs de la solidarité confraternelle.

Signalons toutefois que les spécialistes, aux termes de l'arrêté du 12 juillet 1941, jouissent de certaines facilités d'emprunt auprès du Crédit National, à un taux maximum d'intérêt de 4,50 %, le délai de remboursement ne pouvant dépasser six ans. Mais cette procédure n'est même pas viable à l'heure actuelle, car, selon ce même arrêté, l'octroi de l'emprunt est subordonné à l'agrément du Conseil national de l'Ordre des Médecins qui doit en déterminer le montant pour chaque sinistré et est tenu d'en garantir le remboursement en principal, intérêts et accessoires...

III. — Suggestions.

L'énumération est, hélas ! rapidement faite des droits actuels des médecins sinistrés. Pour les aider à sortir de leur douloureuse situation, qu'on nous permette quelques suggestions que pourraient utiliser pouvoirs publics et sinistrés eux-mêmes.

Tout d'abord, dans ce domaine comme dans tant d'autres, la *nécessité d'une représentation professionnelle légale, sur le plan national, apparaît urgente*. Personne ne peut à l'heure actuelle avec l'autorité suffisante démontrer aux pouvoirs publics ce qu'a d'inadmissible l'inégalité de traitement dont souffrent, au point de vue indemnité mobilière, les médecins. Personne ne peut même aider ceux-ci à percevoir les maigres avantages que les lois actuelles leur donnent puisque, nous l'avons vu, l'intervention de l'organisme professionnel national est nécessaire pour le calcul et la souscription de l'emprunt, comme pour le versement de l'indemnité forfaitaire due par l'Etat.

Ensuite, il faudrait que soit *réparée au plus tôt l'injustice commise par les textes de 1941 en matière d'indemnisation mobilière*. L'utilité sociale d'un cabinet de radiologiste n'est-elle pas égale à celle d'une boutique de cordonnier ou de teinturier ?

N'oublions pas non plus — et le Dr Lavalée l'a signalé — l'utilité de la *création d'organismes*, confraternels par exemple, *susceptibles d'avancer aux médecins à titre de prêts d'honneur ou autrement, les sommes nécessaires à leur réinstallation*. Nous croyons savoir que les différentes caisses médicales de prêts d'honneur aux jeunes médecins sans fortune, ont décidé d'affecter leurs fonds à l'aide aux sinistrés. C'est là une excellente chose, mais les fonds dont disposent ces caisses sont très insuffisants. Il faudrait les alimenter par des cotisations confraternelles ou par des subventions de l'Etat, car les prêts pouvant être consentis par l'Etat ne profitent, nous l'avons vu, qu'aux seuls spécialistes. Or il faudrait qu'ils pussent être accordés même aux omnipraticiens et que, surtout, leur taux d'intérêt et leur délai de remboursement fussent plus avantageux. Il faudrait aussi prévoir une certaine souplesse dans leurs conditions d'attribution car, outre les sinistrés proprement dits, seraient à même d'en bénéficier utilement bien des confrères dignes d'intérêts : tels les Alsaciens ou les Lorrains expulsés, qui se demandent avec angoisse comment ils pourront reprendre leur clientèle d'avant guerre.

Enfin, une mesure qui nous paraît essentielle est l'*extension, au profit des médecins sinistrés, de la loi du* 28 *août* 1942 *sur la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité* et qui vient d'être validée. Cette loi donne au syndicat départemental la faculté de déterminer un périmètre de protection autour du lieu d'exercice des médecins captifs. On voit tout l'intérêt de cette mesure, qui mettrait un spécialiste sinistré à l'abri des entreprises immédiates d'un jeune confrère auquel ses moyens financiers permettraient l'achat du matériel coûteux que le sinistré, lui, est incapable de s'offrir. Cette même loi charge le syndicat départemental, dans les grandes villes, d'inviter les médecins titulaires de plusieurs emplois publics ou privés rémunérés, et ayant, en outre, une clientèle, à se démettre d'un ou de plusieurs de ces emplois en faveur des médecins prisonniers rapatriés ; ceux de ces emplois devenant vacants étant réservés par priorité aux médecins prisonniers, sauf à en faire assurer l'intérim. Cette disposition pourrait être étendue avec profit aux médecins sinistrés et nous aurions là une nouvelle façon de pourvoir de médecins sinistrés les emplois de médecine publique, ainsi que le souhaitait le Dr Lavalée dans son dernier article. Il va sans dire que dans notre esprit l'extension de cette législation aux sinistrés ne devrait pas avoir pour effet de créer de véritables privilèges ni de freiner indéfiniment, au seul profit de leurs détenteurs, le rééquipement médical d'une localité. Cette mesure devrait n'être qu'essentiellement provisoire et ne bénéficier qu'aux seuls médecins qui donneraient des preuves tangibles de leur volonté de repartir au plus vite.

Dernière suggestion destinée, celle-là, aux sinistrés eux-mêmes et surtout aux spécialistes : qu'ils n'oublient pas l'aide considérable que peut leur apporter, pour la reconstitution de leur installation, le *recours à l'association entre confrères*. Que deux sinistrés se groupent : c'est une solution à laquelle, nous le savons, un certain nombre de médecins ont déjà pensé. Mais qu'un sinistré n'hésite pas non plus à s'associer avec tel jeune confrère plus favorisé du sort et qui désire s'installer dans la localité. Mieux vaut une solution de cet ordre qu'une guerre à couteaux tirés. Malheur plus que jamais aux isolés ! L'heure est aux solutions d'entraide, aux réalisations d'équipe.

P. Douriez.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

LA REMISE EN CIRCULATION DES VOITURES AUTOMOBILES

Beaucoup de voitures automobiles ont été mises en garage mort au début de la guerre. Il s'agit maintenant de les remettre en état de fonctionnement. Nous croyons être utiles à nos lecteurs en résumant ici très rapidement les précautions à prendre pour ce faire, en citant les difficultés que l'on peut rencontrer le plus fréquemment.

Rappelons d'abord, ce qui est évident, mais qu'on serait peut être tenté d'oublier, que, de même qu'on doit faire un nettoyage complet d'un appartement abandonné pendant longtemps, de même la carrosserie (intérieur et extérieur) doit être dépoussiérée, lavée, brossée et au besoin, désinfectée.

Examinons maintenant la partie mécanique. Notre examen va porter sur trois points principaux : moteur et transmission, freins, équipement électrique.

***

Moteur et transmission

Enlever les bougies si ce n'est déjà fait.

Injecter dans les cylindres le contenu d'une seringue d'huile fluide mélangée au besoin avec un peu d'essence et faire tourner le moteur à la main, de façon à bien lubrifier les cylindres et à décoller les segments de pistons qui peuvent être immobilisés dans leur gorge.

Laisser reposer un instant pendant lequel on fera le plein du radiateur, autant que possible avec de l'eau chaude. On verra ainsi s'il ne se présente pas de fuite, en particulier au droit des raccords en caoutchouc qui auront peut-être besoin d'être changés ou au moins resserrés.

Faire le plein d'huile dans le carter qui aura été vidangé avant la mise en garage mort. Si on n'a pas pris cette précaution, changer l'huile.

Vérifier les bougies, c'est-à-dire les nettoyer s'il y a lieu et les faire tiédir pendant un grand quart d'heure sur un poêle chaud ou dans un four de cuisinière. Tâter les isolants pour voir s'ils ne remuent pas. Vérifier l'écartement des pointes et le ramener s'il y a lieu à 6/10 de millimètre.

Vérifier que la batterie est en état, c'est-à-dire qu'elle est susceptible d'actionner le démarreur, sinon nous en reparlerons.

Vérifier l'allumeur et nettoyer les contacts du rupteur avec un peu d'essence.

Remettre les bougies en place et essayer un départ au démarreur. Si la batterie en est incapable, le mieux est de faire pousser la voiture pour essayer de démarrer, à moins que, chose rare, la manivelle soit convenable.

Dans ces conditions, le moteur doit partir. Le laisser tourner à vide quelques instants en vérifiant que le manomètre d'huile fonctionne, que l'ampèremètre indique que la dynamo débite et qu'aucune fuite d'eau ne se révèle, en particulier, au presse-étoupe de la pompe.

En s'installant sur le siège, on vérifiera que l'embrayage se décolle bien, quand on appuie sur la pédale. Il est assez fréquent qu'il reste collé.

Dans ces conditions, un procédé héroïque consiste à faire pousser la voiture et le moteur tournant à mettre résolument les vitesses en prise, pendant qu'on appuie sur la pédale de débrayage. Le procédé réussit généralement et l'embrayage une fois décollé ne se recolle plus.

Bien entendu, on aura vérifié le niveau de l'huile dans le carter de la boîte et du pont.

***

Les freins.

Il est presque certain que l'intérieur des tambours de freins est rouillé, ce qui rend les freins extrêmement brutaux. On devra donc donner des coups de frein assez appuyés en prenant garde chaque fois au dérapage. Après une dizaine de coups de frein de ce genre, tout sera rentré dans l'ordre.

Si la voiture a des freins hydrauliques, on vérifiera naturellement la présence d'une quantité suffisante de liquide dans le petit réservoir, sinon on en remettra. Si les freins paraissent mous, il sera prudent de faire procéder à une purge des canalisations.

A défaut de liquide Lockheed, rappelons qu'on peut rajouter simplement un peu d'eau.

***

Equipement électrique.

Le point principal c'est la batterie, qui, si elle n'a pas été vidée puis remplie d'eau distillée au moment de l'immobilisation de la voiture, est à peu près certainement hors d'usage. On peut, toutefois, essayer de voir si une désulfatation donnera des résultats. Nous avons indiqué déjà comment procéder à ces opérations. Nous n'entrerons pas dans le détail et rappellerons simplement qu'il faut, après avoir remplacé l'électrolyte par de l'eau pure, effectuer plusieurs charges très prolongées à faible régime (au moyen du chargeur statique bien entendu, et non pas avec la dynamo de la voiture).

En tout état de cause, on refera le niveau dans chaque élément et on nettoiera les bornes, et en général, l'extérieur de la batterie. On vérifiera les connexions avec les gros câbles qui sont fixés aux bornes.

La dynamo peut avoir son collecteur encrassé et ses balais en mauvais état. On vérifiera les uns et les autres. Les balais en mauvais état seront remplacés, le collecteur s'il est sale sera nettoyé avec un chiffon imbibé d'essence et s'il est rayé, sera repoli au papier de verre très fin (000).

Même précaution pour le démarreur si, avec une batterie bien chargée, il se révèle déficient.

***

Divers.

Or, malheureusement, il est presque impossible actuellement de retrouver des pneus.

La carrosserie peut être rouillée : on pourra utilement dérouiller les parties attaquées et les recouvrir de peinture antirouille en attendant qu'on puisse faire refaire la peinture complète.

Quelques gouttes d'huile sur les charnières des portières et sur les serrures ne seront pas inutiles

Tout cela fait, vous pourrez vraisemblablement reprendre la route sans incidents et goûter de nouveau à la satisfaction de rouler, à condition bien entendu, que vous vous soyez mis en règle avec les règlements de la circulation, ce qui n'est fichtre pas commode à l'heure actuelle, où personne ne sait au juste ce qu'il faut faire pour avoir le droit de circuler.

Henri PETIT.

REVUE DE LA PRESSE

Nous ouvrons aujourd'hui une nouvelle rubrique. Certains s'étonneront sans doute que nous ne l'ayons pas fait plus tôt. C'est qu'à vrai dire nos confrères de la presse médicale ont, jusqu'à une date récente, fait une bien maigre place aux questions professionnelles, reléguées au rang des informations neutres et incolores. L'année 1944 doit à cet égard être marquée d'une pierre blanche dans l'histoire de la presse professionnelle, puisqu'elle nous a donné deux confrères nouveaux, à savoir par ordre de date les Annales de Médecine sociale *et le tout récent* Médecin français *(dans sa forme officielle tout au moins). Nous aurons donc matière à revue, ce d'autant plus que la presse générale, hebdomadaire ou quotidienne, porte, en cette période révolutionnaire, à la réforme de la profession médicale, un intérêt soudain. Nous ne nous confinerons donc pas dans le cadre étroit de la presse médicale et ouvrirons parfois nos fenêtres sur ce qu'il est convenu d'appeler la grande presse lorsqu'elle voudra bien nous faire l'honneur de s'occuper de la médecine.*

***

LE STATUT DE LA PROFESSION

C'est évidemment, par ordre d'urgence, le premier problème. Dressant un bilan sévère de l'action de l'Ordre corporatif sur le plan économique et social, le Dr Theil dans les Annales de Médecine sociale *(août 1944) accorde par contre qu'il eut « sur le plan moral un rôle constructif qu'il ne serait pas équitable de nier ». Examinant un schéma d'organisation future, il écrit :*

En somme, ce qu'il convient de supprimer, ce sont les attributions de l'Ordre relatives à l' « organisation professionnelle », c'est-à-dire celles qui lui ont permis de mettre abusivement les pouvoirs qui lui étaient confiés au service de la défense de la profession, au lieu de les mettre au service de la nation. Ce qu'il convient de conserver, ce sont les attributions relatives à la « moralisation de la profession », soit toute la partie juridictionnelle. On obtient ainsi un Ordre cantonné à des fonctions disciplinaires.

Il va de soi que la même réforme doit redonner la vie aux Syndicats médicaux, véritables défenseurs et soutiens naturels de la profession. Et en les recréant, nous retombons dans l'orthodoxie doctrinale, puisque chacun reprend sa vraie mission : le Syndicat au service de la profession et le Corporation au service de la collectivité.

Sur le même sujet, nous trouvons dans le premier numéro du Médecin français, *sous la rubrique « Libres opinions » (un titre que nous avons déjà vu quelque part...), les considérations suivantes :*

1° L'organisation de la médecine est une fonction nationale qui relève de l'Etat. Il faut en finir avec la dispersion des efforts, des initiatives et des responsabilités. C'est à l'échelle nationale que la médecine doit être organisée, gérée, contrôlée. C'est-à-dire que la formule « corporative » d'un Ordre des médecins omnipotent ne saurait être retenue ;

2° Le Syndicat doit être essentiellement l'organisme de défense des intérêts matériels du corps médical. C'est au Syndicat que reviennent les tâches pratiques, les questions de tarifs, d'entraide professionnelle, de revendications, etc. ;

3° L'Ordre qui ne s'oppose nullement à l'esprit du Syndicat, peut être imaginé comme instance chargée de régler toutes les questions de « moralité professionnelle ».

B. Lafay affirme lui aussi dans le dernier numéro du Médecin français *que « le Syndicat doit être essentiellement l'organisme de la défense des intérêts matériels du corps médical ».*

L'accord semble se faire, en doctrine, sur l'existence nécessaire des Syndicats d'une part, d'un Ordre juridictionnel d'autre part. Mais nous dirons dès maintenant ici que nous sommes nullement d'accord sur le rôle des Syndicats. Vouloir réduire ce rôle à la seule défense des intérêts professionnels, aux « revendications », aux « tâches pratiques » c'est faire preuve d'esprit rétrograde et méconnaître l'évolution du syndicalisme moderne. Certes, le Syndicat doit remplir ces tâches, car il est, pour les professions comme pour les hommes, des égoïsmes nécessaires. Mais il en est de plus nobles, à commencer surtout par l'organisation professionnelle, que l'Etat ne saurait mener à bien sans son aide.

Ce Syndicat futur sera-t-il libre ou obligatoire ? A ce sujet, B. Lafay écrit sous le titre « Un corps médical uni » :

Si l'inscription à l'Ordre futur des médecins est obligatoire, il serait désirable que l'adhésion au Syndicat le soit également.

Mais la loi de 1884 laissant la faculté de se syndiquer, il est à craindre de revoir les Syndicats multiples ne groupant qu'une faible minorité du corps médical et qui, de ce fait, n'auront pas l'autorité suffisante vis-à-vis des pouvoirs publics pour la défense des intérêts professionnels.

Or, plus que jamais, les médecins doivent être fortement groupés, tant dans l'intérêt de la santé publique que dans le leur.

Les craintes manifestées par l'auteur quant aux conséquences de la liberté syndicale seraient facilement apaisées si ce dernier voulait bien se souvenir que les Syndicats médicaux d'autrefois n'eurent pas besoin de l'adhésion obligatoire pour être uniques en fait et grouper 90 % des médecins de leur ressort. Certes Paris faisait exception à la règle, mais Paris n'est pas la France, et nous avons vu ailleurs que là aussi un pas sérieux était fait librement vers l'union. N'oublions pas que l'union ne se décrète pas — même par ordonnance.

***

POUR UN MINISTÈRE DE LA POPULATION.

Sous ce titre, Le Figaro *du 17 novembre dernier, par la plume de M. Wladimir d'Ormesson, apporte l'appui de son autorité morale à ceux qui veulent faire de l'actuel ministère de deuxième rang qu'est encore la Santé publique, l'un des principaux ministères de l'avenir. Voici quelles seraient en résumé ses principales attributions :*

Un grand « Ministère de la Population française » qui engloberait à la fois la reconstruction des régions dévastées, l'urbanisme en général, la réglementation de l'immigration, la répartition des étrangers sur le sol français, la protection de la famille et toutes les questions sociales, médicales, culturelles qui s'y rattachent — ne répondrait-il pas à une nécessité, ne permettrait-il pas d'ordonner l'élan d'une vie meilleure ?

L'idée est vraisemblablement dans l'air. Elle nous fut exposée, en des termes analogues, nous l'avons vu, lors d'une récente conférence de M. le Pr Debré, à l'hôpital des Enfants-Malades. Il ajoutait à ce programme la lutte contre les fléaux sociaux (à savoir principalement l'alcoolisme et la tuberculose) ainsi que l'organisation des services médicaux d'entreprise. A ce ministère reviendrait en définitive cette « étude des problèmes humains » sans laquelle ne se conçoit guère l'action gouvernementale de demain. Nous voulons y voir la promesse d'un nouvel humanisme où la médecine jouera un rôle de premier plan.

ECHOS & COMMENTAIRES

CIVISME ET POLITIQUE. — OU L'ON GÈRE DES « AFFAIRES » QUI NE SONT GUÈRE « COURANTES ». — QUE DEVIENT LA NOMENCLATURE ? — QUE DEVIENT L'INSTITUT NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ? — LES INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENTS EN MATIÈRE D'ART. 64. — POUR L'AUGMENTATION DU TARIF A.T.

Le syndicalisme médical d'avant guerre n'a pas toujours bonne presse. On lui reproche notamment de s'être montré plus soucieux des intérêts propres des médecins que de l'intérêt de la santé publique. Et l'on souhaite aujourd'hui éviter le retour de ces erreurs. Dans la mesure où ces reproches sont justifiés, nous sommes, quant à nous, entièrement acquis à ces idées.

Mais la solution que l'on préconise à cette fin ne nous semble pas heureuse. D'une part, en effet, l'on affirme que le domaine du syndicalisme se réduit à la défense des intérêts matériels des médecins. Et d'autre part, on espère que les syndicats échapperont à l'égoïsme professionnel à condition que leurs dirigeants soient politiquement animés de l'esprit nouveau, c'est-à-dire appartiennent aux organisations de résistance.

A notre sens, il vaudrait mieux, si l'on désire autant que nous que « le corps médical s'intègre à la nation, et envisage l'organisation sanitaire selon les intérêts supérieurs de la patrie », offrir aux syndicats une tâche plus noble et plus constructive que la simple défense d'intérêts matériels (dont cependant, bien entendu, ils ne sauraient décliner la charge), nous voulons parler de l'organisation sociale de la médecine de demain.

Une fonction de cet ordre requiert certes, de ceux qui l'exercent, un civisme de qualité. Mais il n'est heureusement pas rare de le rencontrer dans le corps médical, et nous sommes sûrs qu'il anime la très grande majorité des praticiens qui n'ont pas cru nécessaire d'adhérer à une organisation politique pour faire quotidiennement leur difficile devoir de médecin français.

Ne confondons point civisme et politique. Et n'oublions pas que, par tradition, le syndicalisme français a toujours manifesté une ombrageuse volonté d'indépendance à l'égard des partis politiques, même les plus proches de ses doctrines. Le syndicalisme médical, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, soyons en sûrs, ne fait pas exception à la loi commune.



Le Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne, créé dans le cadre de la loi sur l'Ordre des médecins pour le représenter sur le plan de la région sanitaire de la Seine, vient de reprendre ses réunions, malgré la suppression de l'Ordre.

Il coordonne aujourd'hui non plus les Conseils collégiaux, mais les Conseils départementaux nommés à titre provisoire par la Résistance Médicale. C'est dire par là même qu'il est lui aussi un organisme de fait.

Cette constatation ne veut point dire que nous tenons pour nulle son action. La compétence éprouvée de son secrétaire

général nous garantit la continuité d'un travail qui sous le régime antérieur avait déjà donné de fort bons résultats.

Quoique nous sachions les intérêts de la profession en de bonnes mains, nous n'en sommes pas moins inquiets de voir porter à l'ordre du jour du Comité des questions telles que la désignation de *représentants du Corps médical* à diverses commissions, la reconduction des *conventions* avec les Assurances sociales, la *politique* à suivre tant à leur égard qu'à l'égard de la *Mutualité*, la *médecine du travail*, ou les *hôpitaux publics de Paris*.

Conscients de leur caractère provisoire, les Conseils et le Comité avaient d'eux même décidé de se borner à « expédier les affaires courantes ». Les nécessités de la vie sociale les poussent à sortir de ce cadre étroit. Mais l'on aboutit alors à des absurdités. Représenter » une profession qui n'a pas été consultée, contracter des engagements en son nom, alors que l'on n'a reçu aucun mandat pour ce faire, autant de « hardiesses » qui laissent le juriste perplexe ! Quel crédit au reste pourraient bien attacher à de telles conventions les éventuelles contreparties ?

La morale de cette histoire est qu'une profession ne peut se satisfaire en une période comme la nôtre d'une simple gérance d'affaires courantes reconnue *de facto*. Il lui faut d'urgence une organisation reconnue *de jure*, capable de présider à son évolution dans la légalité, et régulièrement mandatée par ceux au nom de qui elle prétend parler.



Le Comité de coordination, entre autres questions, s'est préoccupé récemment de savoir ce qu'était devenue la Nomenclature des actes professionnels étudiée fort longuement par le défunt Conseil national de l'Ordre et dont l'accouchement s'était révélé fort pénible. Aux dernières nouvelles sa trace aurait été retrouvée au ministère du Travail, mais l'on ne serait guère fixé sur sa valeur légale.

Il nous semble utile de faire le point juridique de la question. Selon l'article 1er, § 2, de la loi du 29 mai 1941 (qui n'a pas été abrogée), il appartient au ministre de la Santé d'établir la nomenclature des actes professionnels servant de base aux tarifs de responsabilité.

Par un arrêté en date du 1er juillet 1944 (qui n'a pas été annulé), publié au *J. O.* de l'*Etat* français du 11 août 1944 (envoyé aux abonnés *postérieurement* à la libération), la Nomenclature a reçu la consécration ministérielle. Elle n'est cependant pas encore publiée officiellement, le soin de cette publication ayant été confié à l'Ordre national des médecins actuellement dissous.

La mise en vigueur de la nouvelle Nomenclature ne dépend donc pas, on le voit du ministère du Travail, mais bien du Corps médical lui-même. Il faut et il suffit qu'il soit régulièrement doté ou se dote lui-même d'une représentation centrale faisant suite à l'Ordre dissous.

Nous nous permettons seulement de suggérer, quant à nous, qu'avant de procéder à la publication prévue, ledit organisme central veuille bien réétudier les dispositions de la Nomenclature qui avaient soulevé de fort vives controverses entre les omnipraticiens et les spécialistes.



Nous publions d'autre part le texte de deux arrêtés dotant l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances Sociales (I.N.A.S.A.S.) d'un Conseil d'administration et d'un Comité technique provisoires.

D'aucuns s'étaient quelque peu hâté de l'enterrer, ce jeune, mais vénérable Institut, l'englobant, on ne sait pourquoi, dans le nombre de ces créations de l'Etat français que la révolution actuelle a balayées. Mais il n'en était rien : l'I.N.A.S.A.S. s'était seulement assoupi, les nécessités de l'épuration succédant aux déportations allemandes l'ayant privé d'une bonne partie de ses dirigeants.

Aujourd'hui le voici doté d'organismes directeurs *provisoires*. Va-t-il se réveiller ? Peut-être pas encore. Ce n'est certes pas que l'I.N.A.S.A.S. ait à concevoir amertume de n'avoir dans les jours incertains qui sont nôtres que des chefs provisoires, alors que la maison France elle-même ne songe point à rougir dans semblable situation. Mais l'on peut se demander si, tels que composés actuellement, ces organismes auront l'autorité suffisante pour infuser au corps qu'ils doivent animer le sang nouveau dont celui-ci a le plus urgent besoin. Au lieu de s'attacher à élaborer une doctrine d'ensemble des Assurances sociales, de constituer le bureau d'études et le cerveau même des Assurances sociales, l'Institut National ne va-t-il pas, pour longtemps encore, reprendre ses petites habitudes, continuer à administrer les affaires courantes et à se laisser accaparer notamment par la gestion des établissements sanitaires de Vallauris, des Escaldes, etc. ?

De bons esprits le redoutent, qui ont pour l'I.N.A.S.A.S. des ambitions plus hautes.

On nous dira que si les Assurances sociales doivent conserver l'esprit ancien, le Corps médical ne pourrait que se féliciter de les voir patauger encore longtemps dans l'incertain, et, faute de loisirs suffisants et d'unité de vues, renoncer à intensifier certaine offensive de grande envergure, amorcée voici déjà quelques années contre la gent médicale. C'est évidemment un son de cloche. Mais nous voulons espérer que pour l'élaboration de la nouvelle doctrine il se trouvera chez les Assurances sociales des esprits suffisamment libres et ouverts aux nécessités sociales pour concevoir que tout n'est pas à rejeter sans examen dans les points de vue que nous n'avons cessé de développer ici, et pour faire une synthèse des thèses médicales et des antithèses Assurances sociales. Si ce souffle nouveau pouvait notamment inspirer l'I.N.A.S.A.S., nous pensons que les dirigeants des médecins seraient bien inspirés en entretenant avec cet organisme des rapports fréquents et courtois. Le Corps médical aurait ainsi trouvé un interlocuteur autorisé et compétent, alors que jusqu'ici, il faut bien le dire, les Assurances sociales constituaient une grande masse informe, qu'on ne savait guère par quel bout saisir.



Nous avons publié, dans notre dernier numéro, le texte d'un arrêté du 30 octobre 1944 qui, une fois de plus, remanie le tarif des indemnités de déplacement en matière de soins aux pensionnés de guerre.

Un arrêté du 11 mars 1942 avait fixé ces indemnités dans les régions de plaine à 2 francs par kilomètre effectivement parcouru, et dans les régions de montagne à 2 fr. 25. Puis, un arrêté du 28 janvier 1944, ayant effet du 1er janvier 1944, était venu uniformisée les indemnités à 3 francs par kilomètre parcouru, que le déplacement ait lieu en plaine ou en montagne. C'était là défavoriser nos confrères montagnards dont les déplacements sont plus pénibles et plus coûteux.

L'arrêté du 30 octobre 1944, qui a, lui aussi, effet du 1er janvier 1944, est venu rétablir la justice en allouant 50 centimes de plus au kilomètre, soit 3 fr. 50, aux médecins des montagnes. Le précédent arrêté du 28 janvier 1944 doit donc être considéré comme nul et non avenu.

Nous applaudissons de grand cœur à cette amélioration partielle des tarifs, mais nous rappelons que, même aménagés

de la sorte, les indemnités de déplacement en matière d'art. 64 sont tout à fait insuffisantes : le prix de revient kilométrique *officiel* étant au bas mot de 6 francs.

Encore un petit effort, Monsieur le Ministre, s'il vous plaît.



Passons maintenant au Tarif A.T. dont la dernière majoration date du 17 mars 1943. Elle était, rappelons-le, égale à 50 % du tarif fixé en février 1938.

Plusieurs lecteurs, prenant texte de la récente augmentation des salaires, soulignent les répercussions que ne va pas manquer d'avoir cette hausse sur les recettes des Compagnies d'assurances. Ils jugent que le moment serait venu de faire subir au tarif des frais médicaux en A.T. une nouvelle augmentation.

Nous avouons partager entièrement ce point de vue. Il est, en effet, regrettable de constater qu'à Paris, par exemple, une visite, honorée au tarif syndical minimum à 60 francs, est tarifée en A.T. à 25 fr. 50, soit à moins de la moitié de son prix normal.

Ces tarifs de misère sont certainement à l'origine d'abus que les parties saines du Corps médical sont les premières à flétrir. Pour éviter aux gens de recourir aux expédients, la première mesure à prendre est de les payer équitablement ; on est alors plus fort pour relever et sanctionner les plus légers manquements.

Quant aux frais de déplacement, même observation qu'en matière de soins aux pensionnés de guerre, plus justifiée encore puisque le tarif kilométrique de base est actuellement de 2 fr. 25 par kilomètre parcouru.

Les médecins ont, certes, l'esprit social, mais les Compagnies d'assurances ne sont pas encore, que nous sachions, indigentes.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3490. — Accident du travail résultant d'un fait de guerre. Indemnisation.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur le point suivant : un domestique agricole fait éclater une grenade en piochant le champ de son patron. Qui doit payer la clinique et les consultations ? L'assurance du patron ou l'Etat? Dans ce cas, à qui adresser la note et sous quelle forme?

Dr B.

Réponse.

Qu'un accident du travail résulte ou non directement de fait de guerre étrangère, le patron en reste responsable vis-à-vis de la victime dans les termes et conditions de la loi du 9 avril 1898 et des lois postérieures qui l'ont étendue, modifiée et complétée. Mais si le patron responsable peut apporter la preuve que l'accident résulte directement d'un fait de guerre, il peut, en vertu d'une loi du 24 octobre 1940, se faire rembourser par un fonds spécial de solidarité créé à cet effet entre les employeurs.

Par conséquent, en ce qui vous concerne, sans que vous ayez à vous préoccuper de savoir si l'accident dont votre client a été victime résulte ou non d'un fait de guerre, vous devez vous faire honorer par le patron responsable ou par son assurance.

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES.

1635. — Honoraires médicaux à l'hôpital en matière d'accidents du travail

Nous vous serions obligés de vouloir bien nous renseigner, sur le point suivant du tarif des accidents du travail :

Il est dit à l'article 30, titre V, paragraphe *b* : « Toute journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs, *au profit du médecin de la clinique* ».

Or, à X..., toutes les cliniques sont ouvertes à tous les médecins, il n'y a donc pas de médecin de clinique, mais des praticiens soignant des blessés dans des cliniques.

Ces praticiens ont donc la légitime prétention d'être réglés pour chacun de leurs clients, au tarif prévu pour les soins à domicile ou en cabinet.

Mais la plupart des compagnies d'assurances s'appuient sur l'article 30, paragraphe *b*, pour n'accorder au praticien que l'honoraire forfaitaire ci-dessus indiqué.

Il paraît évident qu'un médecin ne peut pas, chaque jour, se déplacer et aller visiter un client pour 6 francs.

Il semble donc bien que le paragraphe de l'article ci-dessus visé ne doit s'appliquer qu'à un médecin titulaire d'un service continu et régulier, dans un hôpital ou dans une clinique.

Il nous serait agréable d'être par vous fixés à cet égard, afin de pouvoir répondre, en toute certitude, à plusieurs praticiens qui nous ont questionnés à ce sujet.

D[r] E.

Réponse

Il est exact que suivant le paragraphe b *de l'article 30 du tarif des accidents du travail, toute journée d'hospitalisation donne lieu à un honoraire forfaitaire journalier de 6 francs au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé ou du médecin de la clinique.*

Cette rédaction pourrait en effet donner à entendre que lorsque les soins sont donnés à la clinique, mais par un médecin qui n'y est pas attaché d'une façon permanente, ce médecin aurait le droit de présenter une note d'honoraires conformément aux dispositions du tarif concernant les soins donnés au domicile du blessé ou au cabinet du médecin.

Malheureusement, cette interprétation qui vient de la rédaction défectueuse du tarif, ne résiste pas aux arguments qui résultent de la législation des accidents du travail, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 1er juillet 1938.

En effet il est dit expressément à l'article 4 modifié, qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens, conformément au tarif de responsabilité patronale. L'article 4 ajoute que dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur, seul tenu au remboursement des frais, ne le sera que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics.

Ainsi donc, que le blessé soit hospitalisé à la clinique ou à l'hôpital, les obligations de l'employeur restent les mêmes, sauf les cas exceptionnels et les circonstances

particulières qui auraient empêché le transport du blessé à l'hôpital.

Or, à l'hôpital, l'employeur n'a à payer que le prix de journée pour les malades dans les salles communes et les honoraires médicaux tels qu'ils ont été fixés par l'article 30, c'est-à-dire un honoraire journalier de 6 francs, actuellement de 9 francs, pour les journées d'hospitalisation qui ne comportent pas d'intervention à tarif spécial.

Nous croyons qu'en l'espèce ce sont les Compagnies d'Assurances qui ont raison.



EXERCICE ILLÉGAL

2291. — Prise de tension et piqûres intraveineuses par une infirmière

Un récent décret interdit à quiconque n'est pas médecin certains actes médicaux tels que : intraveineuses, radioscopies, prise de tension artérielle.

Un médecin aveugle, a à ses côtés une infirmière qui le supplée pour tous les actes que son infirmité ne lui permet pas d'accomplir lui-même : c'est-à-dire piqûres en général (intraveineuses en particulier), prise de tension, examen somatique du malade, et évidemment (la crédulité des gens est invraisemblable) pour la radioscopie (n'ai-je pas vu un malade demander sa radiographie à un radiologue spécialiste pour la montrer à ce dit médecin ?)

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire :

1° S'il y a exercice illégal de la part de l'infirmière ;

2° S'il y a exercice illégal de la part du médecin qui facilite l'exercice de la médecine à un non-diplômé ?

Dr N

Réponse

Aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 26 mai 1941 et par la loi du 15 novembre 1943, exerce illégalement la médecine toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour l'exercice de la profession de médecin, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sauf les cas d'urgence avérés, ou qui pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé.

Or, par arrêté du 5 janvier 1944, le ministre a décidé que seraient considérés comme actes dont l'exécution est réservée aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine, pour l'application de la loi du 15 novembre 1943 :

1° *La prise de tension artérielle ;*

2° *La ponction veineuse et l'injection intraveineuse.*

Par conséquent, depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté du 5 janvier 1944, la prise de tension artérielle, ainsi que la ponction veineuse et l'injection intraveineuse, constituent des actes médicaux que seuls les médecins ont qualité pour effectuer et qu'ils doivent effectuer eux-mêmes.

Si un médecin les fait exécuter par un tiers même muni du diplôme d'infirmier ou d'infirmière d'Etat, ce tiers se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine et le médecin qui l'emploie peut être poursuivi comme complice.

QUESTIONS DIVERSES

3542. — **Personnel de la défense passive. Accident en service. Indemnités.**

Médecin de la défense passive, j'ai été blessé grièvement le 30 mai 1944 au cours d'un bombardement par l'aviation anglo-américaine, en secourant des blessés et j'ai subi l'amputation de la cuisse droite au tiers supérieur.

Membre du *Sou Médical*, je me permets de vous demander si j'ai le droit à une indemnité, à une pension ; on me parle d'une loi du 26 juillet 1941 (victimes directes).

Dr P.

Réponse.

La loi du 9 juin 1943 a abrogé la loi du 26 juillet 1941 ; désormais les requis et engagés civils de la défense passive seront soumis aux conditions de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre. L'article 21 du décret du 30 janvier 1939 rendu pour application de cette loi, dispose que les intéressés doivent se prévaloir des dispositions de la législation sur les pensions militaires. Or, celle-ci vous donne droit, pour l'amputation de la cuisse au taux de 75 %, soit annuellement 5.760 fr., plus 720 fr. par enfant âgé de moins de 18 ans. En plus, vous aurez droit au bénéfice de la loi du 22 mars 1935 (allocation spéciale aux grands mutilés), soit 7.290 fr. pour amputation de cuisse.

DEMANDES ET OFFRES

N° 210. — Normandie. Bourg 1.500 hab. seul médec. poste médec. génér. import. à céder avec radio. Bord de mer, collège à proxim., possib. extens. de suite p. repr. de mob. prof. et autre. Accept. faible compt., bail pour l'imm. et la cess. ou locat. éventuelle du mobilier Ecr. au journ. qui transm.

N° 211. — A v. canadienne neuve gr. taille, lain. bleu marine, doubl. mollet. beige, col faç. castor, 4.000 fr. Valise avion, cuir souple box-calf havane, double faille beige. Prix à déb. Table d'exam. laq. blanc 1.800 fr. Ecr. au journ. qui transm.

N° 212 — Cède très import. poste médic., belle mais. toute install. dans la Loire.

N° 213. — J. méd. cherche remplacement ou place assist. aupr. de confr. décidé à céder son poste. Paris ou banl.

N° 214. — Docteur-stomatol. cherche jeune fille comme infirm. assist. de 18 à 30 ans. Très sér. référ. exig. Ecr. au journ. qui transm.

N° 215. — Acheter. tome Système nerv. central de Testut. même très ancien. Faire offres Dr Farjot, boulev. Bertrand, Le Puy (Hte-Loire).

N° 216. — On recherche livre d'anatomie et physiologie animales et végétales de Boulet et Obret (classe de philosophie et de mathématique).

N° 217. — Important poste d'ophtalmol. à céder en Auvergne.

N° 218. — A vendre lampe U. V., gants de radiologue, thermocautère.

N° 219. — A céder centre Paris, cabinet O. R. L. dix ans exist. en plein rendement.

N° 220 — Client. médec. grand rapport, médec. gén. accouch. R. X. et U. V. à reprendre en Normandie, ch.-lieu de canton, célibataire préférence.

N° 221 — Urgent. A céder, cause décès, dans ville région Ouest, excellente client. médic.

Gérant : J. Mignon G. Blanchong & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 4e trimestre 44 N° au C. O. L. : 31.0044

66e ANNÉE · Nos 51 à 53 · 31 DÉCEMBRE 1944

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE



DERNIÈRES NOUVELLES

A nos abonnés.

Nous sommes heureux d'informer nos abonnés, qu'à compter du mois de janvier nous reprendrons notre périodicité trimensuelle, en attendant que l'amélioration de la production papetière nous permette de revenir à la périodicité hebdomadaire.
Cette augmentation, jointe à la hausse considérable des frais d'impression, du prix du papier et des frais généraux, nous contraint de porter le prix de notre abonnement à 150 fr. à compter du 1er janvier prochain (abonnement pour étudiants : 100 fr.).
Par ailleurs, nous informons ceux de nos abonnés qui, par suite des circonstances, n'ont pu recevoir notre numéro de septembre, que leur abonnement se trouve, d'office, prorogé d'un mois. Quant à ceux de la Manche et du Calvados, leur abonnement est prorogé de quatre mois.

A nos abonnés sinistrés.

Dans le but d'aider nos malheureux confrères à reconstituer leurs archives détruites, nous tenons gracieusement à leur disposition, sur demande, les fascicules de notre Documentation Professionnelle Permanente relatifs aux tarifs des accidents du travail et des soins aux pensionnés de guerre. Nous regrettons de ne pouvoir faire de même pour le tarif Assurances Sociales qui est depuis longtemps épuisé.

Faculté de médecine de Paris.

Dans sa séance du 23 novembre 1944, le Conseil de la Faculté a proposé M. Guy Laroche, professeur agrégé, pour le titre de professeur sans chaire.
Bibliothèque. — M. l'Inspecteur général des Bibliothèques et le Bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris font appel à tous les membres du Corps Médical qui pourraient contribuer à la constitution, à la Bibliothèque de la Faculté, d'une collection, aussi complète que possible, des publications et périodiques médicaux (*Médecin français*, etc.) publiés pendant la période d'occupation dans la clandestinité ainsi que de photos, articles, affiches, etc., pouvant illustrer l'action du Corps de Santé de 1940 à 1944.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin

(Professeur Jean Quénu).
Un cours sur la gonococcie féminine, les métrites, les salpingo-ovarites et la stérilité sera fait à la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, par M. Claude de Béclère, du 7 au 28 janvier 1945. Les cours publics auront lieu chaque dimanche matin à 11 h., à l'hôpital Cochin, Amphithéâtre Edouard Quénu. Dimanche 7 janvier : La gonococcie, fréquence, gono-réaction, diagnostic de guérison, dépistage, prophylaxie. Dimanche 14 janvier : Les lésions gonococciques, métrite, skénite, bartholinite, vulvo-vaginite, métrite cervicale, etc. Dimanche 21 janvier : Traitement, vaccins, sulfamides, pénicilline, diathermie, ondes courtes, électro-coagulation, interventions chirurgicales. Dimanche 28 janvier : La stérilité, examen du couple stérile, stérilité masculine, stérilité féminine, examen prénuptial.

Douze conférences sur les stomatites.

L'Association des Stomatologistes des hôpitaux de Paris organise une série de douze conférences publiques et gratuites sur les *stomatites*. Ces conférences auront lieu le dimanche matin à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre de Lapersonne) à partir du dimanche 7 janvier 1945.

Faculté de droit de Paris.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur Laignel-Lavastine fait à la Faculté de droit (amphithéâtre n° 3) un cours de psychiatrie médico-légale élémentaire. Les leçons, pour janvier et février 1945, auront lieu les 5, 12, 19, 26 janvier, 2, 9, 16 février, à 11 heures.

Le Groupe lyonnais d'études médicales, physiologiques et biologiques,

dont l'animateur et secrétaire général est notre distingué confrère, le Docteur René BIOT, a repris

son activité sous le nom de *Groupe Pierre Rocher* pour rendre hommage à un de ses membres fusillé par les Allemands. Nous ne saurions faire mieux pour mettre en lumière toute l'importance de ces études que de reproduire son programme.

GROUPE PIERRE ROCHER (Année 1944-1945). — I. L'étudiant en médecine. Formation médicale, formation humaine. La communauté étudiante. — II. L'orientation médicale. La médecine de clientèle, la médecine hospitalière, la recherche scientifique. — III. La clientèle privée en ville. Les problèmes qu'elle soulève (fixes, Assurances sociales). Evolution de la notion du client. — IV. La médecine de campagne. — V. La médecine de collectivité (Usines, écoles). — VI. La médecine de collectivité (Dispensaires, Hôpitaux). — VII. La communauté médicale. Code de Déontologie. Ordre et Syndicat des Médecins. La retraite du médecin.

Le Comité National de l'Enfance.

Considérant que les enfants doivent consommer normalement un lait non écrémé et que la pasteurisation telle qu'on la pratique actuellement est une garantie illusoire pour la santé publique, a, dans sa séance du 9 novembre dernier, émis les vœux suivants :

1° Abroger le décret de décembre 1941 imposant la vente exclusive de lait écrémé à 30 par litre, exiger que le lait reste naturel et complet, ne soit pas écrémé et renferme au moins 35 gr. de matière grasse par litre, ce qui constituera le taux butyreux légal minimum.

2° Fournir aussitôt que possible, avant tout aux enfants et aux malades des collectivités urbaines, puis à tous les consommateurs, un lait frais, pur, propre et sain, ayant subi une pasteurisation contrôlée, transporté et livré chez le détaillant dans des bouteilles d'un litre au plus stériles et réfrigérées, c'est-à-dire le « lait pasteurisé certifié » prévu par l'article 3 du décret du 26 avril 1939.

Les bouteilles de lait pasteurisé certifié porteront la désignation de l'atelier de pasteurisation et la date de la pasteurisation.

3° Le lait pasteurisé certifié devra jusqu'au moment de la vente au consommateur répondre aux conditions suivantes : absence de germes pathogènes ; réaction négative dans la recherche des bactéries coliformes dans un cm3 de lait ; teneur en germes microbiens inférieure à 30.000 par cm3.

4° Convoquer dans le plus bref délai possible la commission supérieure de la pasteurisation prévue à l'article 4 du décret du 26 avril 1932 et chargée de donner un avis au Ministère de l'Agriculture pour l'application du décret précité.

5° Parallèlement, il faut maintenir et développer la fabrication des laits concentrés (sucrés ou non) et des laits secs qui peuvent rendre de grands services chez les nourrissons de moins de 6 mois.

Le Rétablissement du Syndicalisme dans la Seine.

SOCIÉTÉS D'ARRONDISSEMENT DE PARIS. — CONSEIL GÉNÉRAL. — *Réunion du 20 décembre 1944.* — Le Conseil Général des Sociétés d'arrondissement qui comprend une grosse majorité de médecins syndiqués de la Seine, a voté à l'unanimité des membres présents, au cours de sa réunion du 20 décembre, les résolutions suivantes :

1° Les médecins de la Seine sont prêts à faire fonctionner à nouveau les syndicats tels qu'ils existaient avant le 16 juin 1940 et leur Fédération dans la plénitude de leurs pouvoirs et de leur indépendance.

2° Ils demandent que les conditions réglementaires et administratives nécessaires à la reconstitution de ces syndicats soient rapide-

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
DIRECTEUR : Docteur J. NOIR.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66 R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 120 francs. Étudiants, 80 francs. Le Numéro, 5 francs.

ment réalisées par les pouvoirs publics responsables.

3° Ils expriment leur intention formelle, aussitôt après la reconstitution de ces syndicats, de les fusionner en un organisme syndical unique dans le plus bref délai.

4° Ils affirment leur intention de participer plus activement encore que par le passé à l'organisation sociale de la médecine, dans le but d'apporter leur concours à l'amélioration de la santé publique et à la Rénovation du pays.

Comité de coordination des Conseils Départementaux des Médecins de la Région Parisienne.

Membres du comité. — *Direction de la Santé :* Dr Leclainche.
Délégués départementaux. — Seine : M. titulaires : Pr Balthazard, Drs Desjardin, Guyot, Lafay, Tissier-Guy, Wolfromm. *M. suppléants :* Drs Duvelleroy, Robert, Vaslin. *Seine-et-Marne : M. T. :* Drs Berson, et Pelbois. *M. S. :* Drs Barthes et Lacroix. *Seine-et-Oise : M. T. :* Drs Lebel, Lemesle, Mouthon, Rouzaud. *M. S. :* Drs Cordier, Glasser, Le Bars, Perlis. *Oise : M. T. :* Dr Woimant. *M. S. :* Dr N... *Eure-et-Loir : M. T. :* Dr N... *M. S. :* Dr N...
Conseil National des médecins : Dr Plichet. *Electro-Radiologistes :* Dr Coliez. *Oto-Rhino-Laryngologistes :* Dr Bonnet-Roy. *Ophtalmologistes :* Dr N... *Stomatologistes :* Dr Friez. *Médecine du travail :* Dr Barthe. *Médecins des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris :* Dr Degos. *Chirurgiens des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris :* Dr N... *Hôpitaux privés :* Dr Huet. *Maisons de Santé privées :* Drs Bussard et Desgranges. *Conseiller technique :* Dr Dournel.
Bureau : Président : Dr Tissier-Guy ; Vice-Présidents : Drs Rouzaud et Pelbois ; Trésorier : Dr Duvelleroy ; Secrétaire général : Dr Drouet ; Secrétaire administratif : Dr Coquin.

Compte rendu succinct de la séance du 19 novembre 1944.

Nouvellement reconstitué, le Comité de Coordination des Conseils départementaux des Médecins de la Région parisienne a tenu sa première séance le 19 novembre 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris (VIe).

Après avoir procédé aux désignations des représentants du Corps médical de la Région parisienne dans divers organismes officiels, le Comité de Coordination a examiné la question du réajustement des honoraires minima nécessité par la hausse du coût de la vie survenue au cours de l'année 1944. Les relèvements intervenus seront communiqués en temps utile aux confrères par les soins de chaque Conseil départemental.

Un long débat s'est ensuite institué sur la politique que le Corps médical de la Région parisienne devait suivre tant vis-à-vis des Caisses d'Assurances Sociales que vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels. Il a été décidé de continuer la politique d'entente et d'étroite collaboration avec les Caisses d'Assurances Sociales et de reconduire la convention qui depuis avril 1942 lie le Corps médical de la Région parisienne avec l'Union des Caisses. Conformément à l'article IV de cette convention, relatif aux honoraires, il sera demandé une fois de plus aux confrères, médecins, chirurgiens et spécialistes de ne pas dépasser le taux des honoraires minima lorsqu'ils soigneront des assurés sociaux de condition modeste.

En ce qui concerne les Sociétés de secours mutuels, les pourparlers antérieurement engagés et suspendus du fait des circonstances, seront repris. Il sera demandé à ces Sociétés de signer des conventions analogues à celles qui lient le Corps médical, avec les Caisses d'Assurances Sociales. Le reste de la séance a été consacré à l'application de la loi du 21 décembre 1941 dans les

hôpitaux publics de la Région parisienne, aux honoraires médicaux dans les hôpitaux privés, au fonctionnement de la médecine du travail dans la Région parisienne, et au relèvement désirable des honoraires en matière d'assistance médicale gratuite, d'accidents du travail et de soins aux pensionnés de l'article 64.

A PROPOS DU RELÈVEMENT DES HONORAIRES MINIMA.

Ainsi qu'on a pu le lire dans le compte rendu succinct publié ci-dessus, les honoraires minima ont été ou vont être relevés dans les départements de la Région parisienne.

En même temps qu'en toute liberté les Conseils départementaux ont ajusté les honoraires minima au coût actuel de la vie, ils se sont montrés désireux de voir les médecins, les chirurgiens et les spécialistes faire honneur aux stipulations de la convention passée en avril 1942 avec les Caisses d'Assurances Sociales, stipulations contenues dans le paragraphe 2 de l'article IV de cette convention.

NOUVEAUX HONORAIRES MINIMA DANS LES DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION SANITAIRE DE PARIS A PARTIR DU 1er JANVIER 1945.

	Seine	Seine-et-Oise
	—	—
C	60	50
V	80	60
VD	120	100
VN	160	150
PC	35	30
K	40	30

Indemnité kilométrique en Seine-et-Oise : 5 fr. par kilomètre parcouru au-delà du troisième kilomètre.

(Les honoraires minima qui seront applicables en Seine-et-Marne à partir du 1er janvier 1945 ne nous sont pas encore connus.)

LES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES DE LA RÉGION PARISIENNE ET LE RELÈVEMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX.

Le relèvement des honoraires médicaux minima dans les départements de la Région parisienne a été le 8 novembre dernier l'objet d'une importante discussion au sein de la Commission des Conventions et tarifs de l'Union des Caisses.

A la suite de cette discussion, la Commission a décidé de « saisir les ministres des Finances, du Travail et de la Santé publique de cette question des honoraires médicaux en exposant la situation financière dans laquelle se trouvent les Caisses, de l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent d'augmenter actuellement leur tarif, et en demandant l'institution du tarif opposable à l'usage des assurés sociaux ».

A L'INSTITUT NATIONAL D'ACTION SANITAIRE DES ASSURANCES SOCIALES.

Le « Journal Officiel » du 28 novembre 1944 publie un arrêté du 3 novembre 1944, d'après lequel désormais « à titre temporaire », les attributions du Conseil d'administration et du Comité de direction de l'I. N. A. S. A. S. sont exercées par un Conseil d'administration provisoire.

D'autre part le même « Journal Officiel » publie un arrêté du 23 novembre 1944 d'après lequel les attributions dévolues au Comité technique sanitaire de l'I. N. A. S. A. S. sont provisoirement exercées par un Comité composé, entre autres, de cinq membres désignés par le ministre de la Santé publique, dont l'un est chargé des fonctions de président.

Il faut espérer que le Ministre de la Santé qui s'est toujours montré compréhensif des désirs du Corps médical, fera figurer parmi les cinq membres désignés par lui au moins un ou deux représentants du Conseil National de l'Ordre (ou de l'organisme qui lui sera substitué).

A TRAVERS L'OFFICIEL

ORGANISATION DE LA PROFESSION.

Ordonnance du 11 décembre 1944 créant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et para-médicales.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le décret du 18 octobre 1943, complété par le décret du 25 janvier 1944, a abrogé l'ordre des médecins et placé ses biens sous séquestre.

Les syndicats médicaux et paramédicaux dissous par l'autorité de fait de Vichy ont le droit de se reconstituer, mais seulement après épuration des bureaux des syndicats de 1939.

Une ordonnance nouvelle réglementant l'exercice de la médecine et des professions paramédicales va instituer un nouvel ordre pour les médecins, pour les praticiens de l'art dentaire et pour les sages-femmes ; cet ordre sera essentiellement disciplinaire.

En attendant cette nouvelle réglementation, il est indispensable de prévoir la création d'organismes transitoires de gestion assumant le double rôle de l'ordre et des syndicats. Ils pourront disposer des biens de l'ordre, souvent importants, pour des attributions urgentes en faveur des sinistrés.

ARTICLE PREMIER. — Jusqu'à la reprise de l'activité des syndicats de médecins, de chirurgiens dentistes et de sages-femmes, d'une part, et la création d'un nouvel ordre des médecins, d'autre part, les dispositions ci-après sont mises en vigueur à titre provisoire.

ART. 2. — Dans chaque département est institué un conseil départemental des médecins dont les membres sont nommés par le préfet sur la proposition du comité médical départemental de la libération.

Ce conseil est chargé de la défense et de la gestion des intérêts professionnels des médecins du département. Il administre tous organismes ou services d'entr'aide ou de secours au sein de la profession médicale.

Un arrêté préfectoral fixe le nombre des membres du conseil départemental des médecins, qui comprend de six à douze membres suivant l'importance du nombre de médecins établis dans le département. Le conseil départemental des médecins de la Seine comprend exceptionnellement vingt-cinq membres.

Les membres de chaque conseil départemental élisent en leur sein un président, un vice-président, un secrétaire général.

ART. 3. — (*Relatif aux dentistes et sages-femmes.*)

ART. 4. — Au chef-lieu de chaque région, il est constitué un conseil régional des médecins. Les conseils régionaux des médecins sont nommés par le commissaire régional de la République sur la proposition des comités médicaux départementaux de la libération de la région. Le conseil régional des médecins pour la région de Paris est nommé par le ministre de la santé publique dans les mêmes conditions.

Le comité régional des médecins a la garde de l'honneur et de la discipline de la profession médicale, de la profession dentaire et de la profession de sage-femme, dans les conditions fixées à l'article 5 ci-dessous.

Un arrêté du commissaire régional de la République fixe le nombre des membres du conseil régional des médecins qui est de huit à seize, suivant l'importance du nombre de médecins établis dans la région. Dans tous les cas, le conseil doit com-

prendre au moins un membre pour chaque département de la région. Le conseil des médecins de la région parisienne comprend exceptionnellement vingt-six membres dont dix-huit pour la Seine.

Les membres du conseil régional des médecins élisent en leur sein un président, un vice-président et un secrétaire.

ART. 5. — Le conseil régional des médecins appelle devant lui les médecins, dentistes ou sages-femmes prévenus d'avoir enfreint les règles de l'honneur ou de la moralité de leurs professions respectives. Il est alors assisté d'un conseil juridique désigné par le premier président de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le chef-lieu de la région.

Pour les affaires concernant les praticiens de l'art dentaire ou les sages-femmes.. .. ..

Le conseil régional des médecins peut prononcer l'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, la suspension temporaire du droit d'exercer la profession, l'interdiction définitive du même droit.

L'appel peut être porté, dans les deux mois, devant le conseil supérieur, visé à l'article 8 ci-après. Cet appel est suspensif.

ART. 6. — Il est institué un conseil supérieur des médecins dont les membres sont nommés par arrêté du ministre de la Santé publique sur la proposition du Comité médical de la résistance.

Le conseil supérieur des médecins veille à l'honneur et à la discipline de la profession. Il assure également la défense et la gestion des intérêts professionnels. Sa compétence s'étend aux praticiens de l'art dentaire et aux sages-femmes sous les réserves indiquées à l'article 7 ci-dessous.

Le conseil supérieur comprend vingt-cinq membres, dont sept représentant le département de la Seine.

Les membres du conseil désignent en leur sein un président, un vice-président et un secrétaire général.

ART. 7. — (*Relatif aux dentistes et sages-femmes*).

ART. 8. — Pour l'examen des appels formés contre les décisions des conseils régionaux des médecins, il est constitué au sein du conseil supérieur des médecins, une section d'appel disciplinaire composée de six médecins désignés par le ministre de la santé publique sur la proposition du Comité médical de la résistance. La section d'appel désigne en son sein son président ; elle est assistée d'un membre du conseil d'Etat.

.. ..

Les décisions de la section spéciale peuvent être déférées au conseil d'Etat par la voie du recours pour excès de pouvoir. Le recours sera suspensif.

ART. 9. — Pour la défense et la gestion des intérêts professionnels les conseils départementaux des médecins et le conseil supérieur des médecins s'entendront avec l'administration des domaines chargée de la gestion des biens de l'ordre des médecins dissous en vue du règlement des dépenses indispensables.

ART. 10. — Le montant des cotisations à percevoir par les conseils départementaux est fixé par le conseil supérieur, lequel détermine également la répartition du produit de ces cotisations entre le conseil supérieur lui-même et les conseils départementaux.

ART. 11. — Le conseil supérieur des médecins, les deux commissions qui lui sont adjointes et les conseils départementaux sont dotés de la personnalité civile. Ils peuvent se porter partie civile devant les juridictions répressives.

ART. 12. .. ..

Les archives et tous documents de l'ordre des médecins seront confiés aux organismes visés par le présent décret.

(*J. O.*, 12 décembre 1944.)

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Branchites chroniques - Otites.
	4	Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS • Zone Sud : 30, Rue Malesherbes, LYON

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e





Thiodacaïne MIDY

SOUFRE ORGANIQUE – IODE ORGANIQUE – DUNACAÏNE

Traitement local de la DOULEUR rhumatismale

Arthrites et Périarthrites douloureuses - Algies rhumatismales
Sciatiques - Lumbagos - Algies cervico-brachiales

LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris, - 4, Rue Besse, Vichy.
Fournisseurs des Hôpitaux.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

LES MÉNINGITES A PNEUMOCOQUES DE L'ENFANT ET LEUR TRAITEMENT ACTUEL



par le Dr LIÈGE

Ancien Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Il est des sujets de pathologie qui sortent peu du cadre des traités classiques et que la chronique médicale exhume rarement en raison du peu d'intérêt pratique que leur confère une carence thérapeutique avérée.

Les espoirs qu'un jour font naître la découverte de médications nouvelles leur donne un brusque regain d'actualité. Il en est ainsi pour les méningites à pneumocoques, contre lesquelles les progrès incessants de la chimiothérapie nous permettent à l'heure actuelle d'adopter une ligne de conduite précise et nous autorisent l'espoir de voir guérir nos jeunes malades.

***

Bien qu'elles se voient à tous les âges, les méningites à pneumocoques intéressent au premier chef les médecins d'enfants. On les rencontre chez le nouveau-né, dans la moyenne et la grande enfance. Une statistique déjà ancienne de Davisson de New-York donne une idée de la fréquence de la maladie et de sa répartition d'après l'âge.

Sur 122 cas cet auteur note :

74 % de cas avant la deuxième année, dont 50 % au-dessous de six mois et 24 % entre six mois et un an.

Pour les 26 % des autres cas, 23 % au cours de la deuxième année, 3 % seulement au-dessus de deux ans. Dans la pratique médicale infantile, la méningite à pneumocoques est donc fréquente chez les nourrissons.

Dans l'ensemble, le tableau clinique des méningites à pneumocoques n'a rien de très spécifique, car le germe lui-même leur confère peu de caractère.

La méningite à pneumocoques de l'enfance est une méningite aiguë à liquide exceptionnellement clair, plus souvent louche ou purulent, se traduisant par un ensemble méningitique, habituelle physionomie clinique des méningites aiguës non tuberculeuses.

Toutefois, dans la pratique, on rencontre différents types de méningites.

La **méningite dite primitive,** dont la fréquence est diversement appréciée par les auteurs a un début brutal, la température est élevée, les signes méningés sont accusés et, en pratique, c'est la ponction lombaire et l'examen cytobactériologique du liquide céphalo-rachidien qui permettent de faire le diagnostic.

Certaines formes ont une allure septicémique ; l'hémoculture montre des pneumocoques, mais elle reste souvent négative et c'est en cherchant que l'on trouve la signature clinique de la pneumococcémie (1).

Celle-ci est parfois découverte par le radiologiste sous forme d'une ombre pulmonaire qui, par ses caractères, donne la note pneumococcique à l'infection générale dont l'enfant est atteint. Dans d'autres cas, c'est la ponction exploratrice de la plèvre qui révèle du liquide et décèle l'agent pathogène, ou seule la ponction lombaire qui fixe sur la nature du germe.

Plus fréquentes chez l'enfant sont les méningites, qui surviennent au cours ou au décours d'affections pulmonaires ou broncho-pulmonaires cliniquement bien caractérisées, voire même au cours d'affections otitiques plus ou moins traînantes ou d'apparence bénigne.

Lorsque la méningite est secondaire à une affection pulmonaire ou broncho-pulmonaire caractérisée, plusieurs éventualités sont possibles. Tantôt affection pulmonaire ou broncho-pulmonaire et méningite paraissent s'installer ensemble, tantôt la méningite apparaît au cours de la pneumopathie ou survient à la suite.

Dans ces cas, c'est assez souvent après une période d'apyrexie plus ou moins complète qu'apparaît la méningite, qui survient brusquement et évolue comme si elle était primitive.

Chez l'enfant, le diagnostic de ces méningites peut être très délicat, en raison de la fréquence des réactions encéphaloméningées au cours des pneumopathies. Quand il y aura doute ou crainte, la ponction lombaire sera faite sans hésitation, c'est le meilleur moyen en pratique de trancher une question, qui peut être angoissante pour l'entourage de l'enfant et pour le médecin.

Lorsque la méningite est consécutive à une affection auriculaire, plusieurs éventualités sont ici également possibles.

Dans certains cas, la méningite est une complication extrêmement rapide de l'otite, qui n'a souvent pas le temps d'évoluer pour son propre compte. Un enfant se plaint d'otalgie, la température s'élève brusquement à 39°5 ou 40°, le spécialiste pratique une paracentèse ; celle-ci ne donne-

(1) R. Liège. Vingt études pratiques de Médecine infantile Chapitre XIV. Pneumococcies de l'enfance. 1 volume chez Doin et Cie Editeurs.

issue qu'à un écoulement minime séro-purulent ou simplement hémorragique, mais l'étape auriculaire est déjà franchie et la méningite aiguë risque fort, malgré les nouvelles thérapeutiques, d'emporter l'enfant, et avant même, du reste, que l'on ait pu intervenir.

Dans les cas habituels, et surtout dans la moyenne enfance, au cours d'une otite compliquée le plus souvent de mastoïdite, la méningite s'annonce par de la céphalée, des vomissements, de l'agitation, une élévation thermique brusque et durable, de la bradycardie, des contractures ou des convulsions, une paralysie faciale ou oculaire. Chez les nourrissons, l'atteinte méningée au cours de l'évolution d'une otite se révèle souvent par la persistance de la température malgré la paracentèse, la chute de poids et l'apparition de convulsions généralisées, la tension de la fontanelle.

Dans la plupart des méningites à pneumocoques de l'enfance, l'on a affaire à un liquide céphalo-rachidien trouble, mais on doit savoir se méfier des méningites à liquide clair. Il arrive en effet que l'état d'un enfant pouvant faire craindre une méningite, une ponction lombaire soit décidée, et paraisse, de prime abord, rassurante de par la clarté du liquide, or l'examen de laboratoire vient annihiler ces espoirs en montrant une forte réaction cellulaire avec des polynucléaires rares et peu altérés et la présence de très nombreux pneumocoques.

* * *

Jusqu'à ces dernières années, les méningites à pneumocoques de l'enfant étaient considérées comme presque toujours mortelles. Les résultats obtenus par le sérum antipneumococcique même en injections intrarachidiennes, les injections intraveineuses de mercurochrome à 5 % ou d'optochine à 2 %, étaient pratiquement nuls.

Les récents progrès de la chimiothérapie ont ouvert une voie nouvelle à la thérapeutique des méningites aiguës, et les méningites à pneumocoques de l'enfant rentrent maintenant dans le cadre des maladies contre lesquelles on peut espérer pouvoir lutter d'une façon efficace, grâce, à la sulfamidothérapie et à la pénicillothérapie.

1° Sulfamidothérapie. — Les premiers résultats heureux de cette thérapeutique datent de 1937 et furent rapportés en Amérique.

En France, dès 1938, nombre d'observations de guérison sont rapportées.

Tixier, à la Société de Pédiatrie de Paris, rapporte l'observation d'un garçon de 11 ans atteint de méningite à pneumocoques, guéri par le sulfamide par voie buccale.

Déreux par l'emploi du Septoplix en injections (3 gr. par jour) et en injections intrarachidiennes (15 cm³ de la solution à 0,8 %), guérit d'une façon complète et définitive, une méningite à pneumocoques chez un enfant de 4 ans.

A la Société de Médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest en 1942, Verger, Burtegeat et Mlle Corporeau ont publié l'observation d'un enfant de 14 ans, atteint de méningite primitive où la guérison fut obtenue par injections quotidiennes de septoplix intrarachidien (20 cm³ par jour) et l'administration de Dagenan (Soludagenan au début, puis comprimés per os) aux doses de 10 gr. par jour les trois prem ers jours, 8 gr. les deux suivants, 6 gr. les trois derniers. La dose totale fut de 65 gr.

Nombre d'observations de ce genre ont été publiées, Huriez et Paris (1) en 1941, sur 141 cas de méningites à pneumocoques relevés dans la littérature, en notent 81 terminés par la guérison. les statistiques de guérison donnent un pourcentage oscillant entre 57,85 % et 33 %.

L'optimisme, qui devrait se dégager de ces chiffres, doit être tempéré par la constatation de certains échecs signalés de part et d'autre, et qui ont fait prononcer le mot de sulfamido-résistance, terme que les progrès de la chimiothérapie rendront peut-être un jour sans valeur.

Personnellement, au cours de l'hiver 1944, nous avons eu un cas de méningite à pneumocoques à soigner. Voici cette observation :

Jean-Claude S..., âgé de 21 mois, présente le 20 novembre une affection d'allure grippale, dès le début de laquelle il reçoit 3 gr. de Silénan. Trois jours après apparaissent des signes méningés et la ponc ion lombaire pratiquée par le médecin de l'enfant ramène un liquide purulent, dans lequel l'examen révèle de nombreux bacilles du genre Pfeiffer.

C'est dans ces conditions que le 25 novembre l'enfant est envoyé dans le service de médecine infantile de l'hôpital Léopold-Bellan.

Le tableau clinique réalisé est celui d'une méningite aiguë grave au cinquième jour avec phénomènes convulsifs intermittents, température élevée, déshydratation, etc., sans signes pulmonaires et sans otite.

Une ponction lombaire est faite, suivie d'une injection intrarachidienne de Soluseptoplix. Le liquide examiné par le Dr Pretet révèle :

A l'examen direct : très nombreux germes, dont de fins bacilles gram négatif, quelques cocci gram positif.

Sur gélose ascite, assez nombreuses colonies de pneumocoques, sur gelose au sang, cultures abondantes de colonies très fines : b. de Pfeiffer.

L'enfant est mis à un traitement intensif par le Dagenan, prescrit per os et en injections intramusculaires de 3 cm³.

Une nouvelle ponction lombaire faite le 27, ramène un liquide présentant le même aspect et la même richesse microbienne (bacille de Pfeiffer prédominant, présence de pneumocoques). Le dosage des sulfamides dans le liquide qui n'atteint lors de la première ponction que 2 mgr ‰, atteint cette fois 7 mgr. ‰. Malgré le traitement sulfamidé intensif, l'enfant meurt en hyperthermie le 28.

On ne saurait évidemment porter cet échec au passif de la sulfamidothérapie, l'association du bacille de Pfeifffer, fait d'ailleurs exceptionnel, venant alourdir considérablement le pronostic

(1) Huriez et Paris. Le traitement de la méningite à pneumocoques par les sulfamides. " Gaz. des Hôpitaux ", 1er janvier 1944.

d'une méningite à pneumocoques traitée tardivement. Au surplus, la suite de cet article montre que, placé dans des conditions identiques, il y aurait lieu maintenant, eu égard aux progrès thérapeutiques actuellement réalisés, d'agir différemment pour avoir le droit d'espérer quelque chance de guérison dans un cas aussi singulièrement grave et désespéré.

En effet, d'une part, il y a lieu de modifier cette thérapeutique des méningites à pneumocoques par le 1162 F, en substituant une sulfamide plus spécifiquement agissante sur le pneumocoque, le streptocoque hémolytique et le bacille de Friedlander et en y adjoignant ou plus exactement en associant désormais la pénicillothérapie.

L'une des dernières observations parues, et certes l'une des plus intéressantes, est celle rapportée par R. Martin et ses collaborateurs (1).

Les auteurs ont guéri une fille de 5 ans du poids de 15 kg. en associant la sérothérapie, les injections intrarachidiennes de Soluseptoplix, le 1162 F per os, et surtout par l'adjonction d'une sulfamide nouvelle la sulfapirymidine utilisée à très fortes doses, et très bien tolérée.

L'administration de sulfamides a été faite à la dose de 1,20 par kilogramme de poids, et a permis d'obtenir dans le liquide céphalo-rachidien, une concentration de 65 mgr. %.

La sulfapirymidine, chimiquement approchante du Dagenan, ou la méthyldiazine (2632 RP), corps voisin, est actuellement la sulfamide de choix dans l'attaque du pneumocoque. Elle est faiblement toxique. Cependant, si l'absorption en est rapide l'élimination en est lente, d'où l'utilité d'associer au début le 1162 F.

Personnellement avec Le Loch (2), nous avons mis en œuvre cette thérapeutique, 1162 F et méthyldiazine ou 2632 RP, dans un cas de méningite à staphylocoques ; le malade a guéri. Cette observation sort du cadre de cet article. Nous ne la signalons ici qu'à titre documentaire.

Il apparaît donc d'une précaution élémentaire comme nous le signalions dès 1938, d'avoir toujours dans sa trousse médicale d'urgence accompagnant les aiguilles à ponction lombaire, une seringue et une ampoule de 1162 F à 0,85 %.

Lorsque la rachicentèse ramène un liquide louche ou purulent, on injectera autant de centimètres cubes de cette solution que l'on aura retiré de liquide céphalo-rachidien. L'injection intrarachidienne de Soludagenan doit être proscrite, nombre d'auteurs ayant à la suite de ces injections observé des accidents graves.

(1) " Paris Médical " 20 oct. 1943. Pronostic et traitement des méningites à pneumocoques par les sulfamides. R. Martin, B. Sureau, R. Bourcart et F. Baboust.

(2) R. Liège et A. Le Loch. Septicémie à staphylocoques. Méningite. Sulfamidothérapie. Guérison. " Société de Pédiatrie de Paris ", 21 nov. 1944.

Le problème thérapeutique ultérieur consiste à obtenir en adjoignant au 1162 F per os, la sulfamide la plus appropriée au germe à combattre, et à obtenir dans le liquide céphalo-rachidien une concentration en sulfamide telle que le taux oscille au minimum entre 4 à 10 mgr. %, conditions pourrait-on dire sine qua non de guérison.

La sulfapyrimidine ou la méthyldiazine (2332 RP) par sa faible toxicité permettent de dépasser ce taux, et répondent à ces desiderata. Augmentant de ce fait les chances de guérison.

La pénicillothérapie. — C'est une thérapeutique basée sur une substance antimicrobienne (pénicilline) élaborée par une moisissure, le **penic llam** notatam, dont l'action est particulièrement marquée pour le gonocoque, le méninigocoque et, fait plus intéressant, pour le staphylocoque et le pneumocoque.

Dans les méningites la voie d'introduction de choix du médicament est la voie **intrarachidienne**, ou chez le nourrisson la voie **intraventriculaire**.

L'adjonction de sulfamides et en particulier de sulfapirymidine n'inhibe pas l'action de la pénicilline, l'effet protecteur des deux substances est accru par leur association.

Les résultats donnés par la pénicilline dans les méningites à pneumocoques sont encore peu nombreux. Utilisée par René Martin (1) chez un nourrisson de 4 mois et demi, mise en œuvre seulement au dix-huitième jour de la maladie, cette thérapeutique n'a pas amené la guérison de l'enfant, mais a montré la grande efficacité du traitement local et la possibilité de stériliser le liquide céphalo-rachidien par injections intraventriculaires ou intrarachidiennes. Ces résultats sont encourageants. " En pratique, écrit R. Martin, il faut toujours associer la sulfamidothérapie appliquée selon les données courantes et la pénicillothérapie ; celle-ci sera strictement intrarachidienne, administrée à des doses quotidiennes de 100 à 200 mgr. et prolongée en tout trois ou quatre jours ; à ce moment le liquide est généralement stérilisé et le traitement sulfamidé suffit à prévenir une rechute et à acheminer le malade vers la guérison. "

Ainsi la méningite à pneumocoques de l'enfance, dont le pronostic était si sombre il y a quelques années, n'est plus une maladie au-dessus des ressources thérapeutiques. Les progrès de la chimiothérapie, les curieux effets des substances, antimicrobiennes élaborées par les moisissures, nous permettent actuellement, dès le diagnostic posé, de mettre en œuvre une thérapeutique dont on est en droit d'attendre un heureux résultat.

(1) R. Martin et B. Sureau. La pénicilline et ses applications thérapeutiques " Paris Médical ", n° 11, 10 juin 1944.

(2) R. Liège Chimiothérapie et méningites aiguës dans la pratique médicale. " Le Concours Médical ", 11 déc. 1938, n° 50.

LA TENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES TRAVAILLEURS D'USINE ET CHEZ LES MINEURS

par le Dr André FEIL

Au cours de diverses enquêtes dans les industries et dans les mines, il nous a été possible de recueillir quelques faits se rapportant à la tension artérielle.

Nous nous sommes demandé, en particulier, quel pouvait être l'effet de la sous-alimentation actuelle sur la tension artérielle des travailleurs d'usine. Pour essayer de répondre à cette question, nous avons examiné 500 hommes, la plupart occupés à des travaux de force. Voici les résultats :

7 % avaient une tension de 15 et au-dessus ;
66 % avaient une tension de 14 à 12 ;
25 % avaient une tension de 11 ou 10 ;
2 % avaient une tension inférieure à 10.

Ces chiffres soulignent la faiblesse de la tension artérielle maxima chez les ouvriers actuellement en usine, puisque sur les 500 travailleurs examinés, 297 avaient une tension maxima de 12 ou au-dessous, soit un pourcentage de presque 60 %, proportion certainement inhabituelle pour des ouvriers adultes.

Sur un groupe de 250 femmes, appartenant à la même usine, nous avons noté les chiffres suivants (toujours avec l'appareil Vaquez-Laubry) :

3 % avaient une tension supérieure à 15 ;
61 % avaient une tension moyenne 12 à 14 ;
36 % avaient une tension inférieure à 12.

Ainsi chez les hommes et les femmes, la baisse de la tension apparaît manifeste comme celle du poids. Les deux courbes s'affaissent parallèlement chez beaucoup de sujets soumis aux restrictions actuelles. Ce sont généralement les ouvriers, qui ont le plus maigri, qui accusent la baisse de tension la plus forte.

D'après nos recherches, la proportion des ouvriers d'usine qui ont maigri est de 76 % parmi les hommes et de 55 % parmi les femmes. L'importance de l'amaigrissement est nettement plus prononcée chez l'homme (moyenne générale 10 %), tandis que l'amaigrissement moyen de la femme est seulement de 6 %.

D'autre causes que la sous-alimentation peuvent faire baisser la tension artérielle. Ainsi, chez les mineurs, on trouve souvent une tension assez basse en dehors de toute restriction alimentaire.

Sur 153 mineurs de fer, dont nous avons mesuré la tension artérielle (avec l'appareil de Vaquez-Laubry) : vingt-deux fois la tension maxima était supérieure à 16 (soit un pourcentage de 14 %) : six fois elle atteignait 18 : quatre fois seulement (2,6 %) elle dépassait ce chiffre. Beaucoup de mineurs, au contraire, avaient une tension faible : 55 (soit 35 %) avaient une pression inférieure, ou égale à 13 maxima, ce qui est une forte proportion lorsqu'il s'agit d'hommes vigoureux, exerçant quotidiennement un métier de force, dont l'âge, pour le plus grand nombre (61 %) se tient entre 40 et 60 ans.

Nous nous sommes posé la question de savoir si le travail au marteau influe sur la tension artérielle du mineur. Il ne le semble pas ; les chiffres, que nous avons obtenus comparativement chez les mineurs au marteau et chez les autres ouvriers du fond, n'indiquent pas de différence appréciable entre les deux groupes de travailleurs.

La baisse relative de la tension artérielle chez le mineur a déjà été signalée par plusieurs auteurs qui citent le fait simplement, sans en tirer de conclusion. Wohlhuetert au contraire, insiste sur ce symptôme, qu'il rattache aux conditions, qui règnent dans le milieu souterrain. Nous partageons cette opinion.

Des recherches qui ont été faites par cet auteur et par nous-même, il semble qu'on puisse conclure que l'hypotension relative des mineurs est indépendante de l'état du cœur. Elle ne paraît nullement diminuer la résistance de l'ouvrier ; elle ne peut être considérée comme un facteur de déficience myocardique. Elle est un signe d'adaptation physiologique du systéme cardio-vasculaire au milieu souterrain.

Wohlhueter suppose, et c'est vraisemblable, que l'hypotension du mineur est liée à la hausse de la pression atmosphérique dans la mine.

Cet abaissement de la tension artérielle chez les mineurs doit être rapproché des variations qu'on remarque très souvent chez l'ouvrier, qui travaille dans les caissons : s'il y a dépression atmosphérique la tension de l'ouvrier s'élève ; s'il y a surpression, elle s'abaisse. Ces faits ne sont pas constants, mais ils sont la généralité ; on peut les reproduire expérimentalement chez les sujets placés dans des appareils, dont on fait varier la pression atmosphérique.

Cette question mérite d'être étudiée par les médecins attachés aux mines. Il serait intéressant de suivre l'évolution de la tension artérielle du mineur depuis l'embauchage. On pourrait ainsi dresser des courbes qui, compte tenu des conditions qui peuvent modifier momentanément la tension (maladies, repas, travail, heures, etc.), donneraient des renseignements du plus haut intérêt.

PROPHYLAXIE DE LA ROUGEOLE PAR L'EXTRAIT PLACENTAIRE

L'emploi du sérum de convalescent dans la prophylaxie de la rougeole est connu depuis longtemps, mais les difficultés pour se procurer ce sérum ne sont pas toujours aisées à surmonter dans bien des cas. C'est pourquoi on pourrait peut-être revoir la question de la prophylaxie de la rougeole par l'emploi d'extraits placentaires. Quelques années avant la guerre, en novembre 1937, trois auteurs argentins, MM. Aguine, Saubidet et S. Burge soumettaient cette idée à leurs lecteurs, dans un article paru dans " La Semana Medica ", de Buenos-Aires. En raison des difficultés qu'ils avaient rencontrées pour se procurer du sérum de convalescent de rougeole, ils avaient été conduits à expérimenter l'extrait placentaire ou le sérum placentaire, préparés à partir du placenta après centrifugation, précipitation et dialyse, puis stérilisation. Le placenta de femme saine, ayant présenté ou non une rougeole jouit d'un pouvoir immunisant. Evidemment, il est préférable de se servir du placenta d'une femme ayant eu la rougeole. On l'injecte moins de cinq jours après la contagion, à la dose de 5 cm³ au-dessous de 3 ans et de 10 cm³ au dessus de 3 ans. Dans leur rapport, les auteurs argentins rapportaient deux observations d'épidémies de rougeole enrayées par cette méthode chez des nourrissons. La première épidémie s'était déclarée dans une crèche hospitalière, tandis que la seconde ne comportait que des malades de ville. Les auteurs n'indiquaient pas si les sujets soumis à ces injections placentaires avaient présenté des réactions locales et générales. Ce procédé prophylactique a le mérite de l'originalité, et il ne nécessite pas l'emploi de substances difficiles à se procurer. En tous cas, c'est une curieuse utilisation du placenta, auquel on a déjà fait appel pour toutes sortes de choses depuis ces dix dernières années.

Pierre LABIGNETTE
Chef du laboratoire de la Maternité
de l'hôpital Bretonneau

UN DISPOSITIF POUR LES PRISES DE SANG

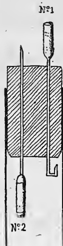
Dr J. LATOUR (Le Puy)

Je serais heureux de pouvoir rendre service à ceux de nos confrères qui utilisaient autrefois les veinules pour leurs prises de sang et qui regrettent la commodité qu'ils avaient de leur usage. Je leur conseille de confectionner le dispositif que je vais vous décrire, et qui me donne entière satisfaction depuis plusieurs mois.

Pour remplacer les veinules manquantes

Matériel nécessaire : Tubes à prélèvement ordinaires (type tube à essai, le mieux en main) ; un bouchon de caoutchouc s'y adaptant ; une quelconque aiguille à injection, à qui nous donnerons le n° 1, de calibre indifférent ; une aiguille (celle qui servira à la ponction) à qui nous donnerons le n° 2, du calibre et avec le biseau, court ou long, selon la préférence de chacun, plus longue d'environ 3 cm. que le bouchon (type aiguille à intramusculaire) ; un tube caoutchouc assez souple, d'un diamètre intérieur permettant de l'adapter sur le pavillon de l'aiguille n° 1, long d'environ 0 m. 90 ; un aspirateur de Potain ; un flacon d'environ 250 cm³ muni du bouchon et de la double tubulure à robinets du " Potain ".

Montage : Le bouchon de caoutchouc sera traversé de part en part de sa partie la plus large vers sa partie la plus étroite, en un point situé entre le centre et la circonférence par l'aiguille n° 1, le pavillon de celle-ci affleurera à la surface, son extrémité sera recourbée de façon que le biseau regarde du côté du bouchon (à double angle droit) ; l'aiguille n° 2 traversera le bouchon en sens inverse : son extrémité libre viendra dépasser la surface du bouchon de 3 cm. environ. Le bouchon ainsi agencé s'adaptera sur le tube destiné à recueillir le sang.



Note : Au moment du montage, la pointe de l'aiguille n° 2 doit dépasser la surface du bouchon de 3 cm. environ.





Utilisation : Faire un vide modéré dans le flacon, enlever la tuyauterie du côté " Potain " après avoir fermé les robinets ; adapter le tuyau de caoutchouc, d'une part, au flacon, d'autre part, au pavillon de l'aiguille n° 1 ; mettre son garrot, choisir et préparer sa veine ; prendre le tube dans la main droite, en serrant entre les trois derniers doigts et la paroi du tube, le tuyau de caoutchouc qui se trouve ainsi coudé près du pavillon de l'aiguille, et, donc, obturé ; ouvrir le robinet de la tubulure du flacon à laquelle le caoutchouc est relié. Faire alors la ponction (aiguille n° 2) ; desserrer les doigts qui maintiennent le tuyau contre le tube : une pression négative règne alors dans le tube et le sang est aspiré : en modérer au besoin le jet qui est assez violent, pour éviter que de l'écume ne se produise, en pinçant le caoutchouc.

Remarques : On perforera aisément le bouchon de caoutchouc en utilisant de l'eau savonneuse. Si l'on ne dispose pas d'un " Potain " on peut faire avec la bouche un vide suffisant (prendre alors un flacon plus grand : 500 cm³). On se trouvera parfaitement outillé si le laboratoire peut fournir un jeu de tubes stériles préalablement choisis pour s'adapter exactement au bouchon de caoutchouc ; la stérilisation de celui-ci est seule nécessaire et est très facile.

Les figures feront mieux et plus vite comprendre que la description, le montage et l'utilisation.

LES THÈSES

Dr Jean-Charles Profizi. — Existe-t-il une dystocie des « grandes multipares » ? (Thèse de Lyon, 1943).

L'auteur a recherché comment s'était effectué le travail chez 368 multipares ayant eu au moins six enfants et qui ont accouché à la Clinique obstétricale de Lyon de 1937 à 1941.

Il lui paraît excessif de parler d'une véritable « dystocie des grandes multipares », mais certaines particularités méritent cependant d'être retenues : proportion plus importante des présentations anormales, interventions obstétricales plus fréquentes, suites de couches plus troublées.

Chez les parturientes de cette statistique, les durées moyennes de l'accouchement et de la période d'expulsion ont dépassé les chiffres habituels en pareil cas, c'est-à-dire les quatre à huit heures de l'accouchement et le quart d'heure de la période d'expulsion, considérés comme moyennes classiques chez les multipares.

Dr Lydie Nicol-Trémant. — La sulfamidothérapie par voie intrapéritonéale dans les interventions obstétricales. (Thèse de Paris, 1943).

L'auteur rapporte dix observations d'interventions obstétricales dans lesquelles la sulfamidothérapie locale, par voie intrapéritonéale, a été mise en œuvre. Aucun accident n'a été noté, malgré les doses élevées employées (30 à 40 grammes, dans le péritoine), sauf une fois (cyanose et hyperthermie). Il semble en particulier que, grâce à la thérapeutique sulfamidée intrapéritonéale, on puisse améliorer le pronostic des césariennes tardives, sans pour cela nier le danger de la conservation de l'utérus dans les cas avec infection. Sur trois péritonites puerpérales, une a guéri avec la sulfamidothérapie locale associée aux sulfamides « per os ».

Dr Léon Gueguen. — Les abcès du Douglas post-appendiculaires. (Thèse de Paris, 1943).

L'auteur a en vue, dans sa thèse, les abcès du Douglas survenus après appendicectomie pratiquée à chaud pour appendicite aiguë.

C'est une complication observée assez peu fréquem

ment (2 % des cas). Elle se constitue de la façon suivante : vers le dixième jour qui suit l'appendicectomie, réapparaissent une élévation thermique, des signes locaux, et des symptômes dysuriques et d'obstruction intestinale parfois. En huit à dix jours, l'abcès est constitué et le toucher rectal permet d'établir facilement le diagnostic. L'incision chirurgicale de cet abcès sera faite. en général, par rectotomie.

Dr Robert Marchenay. — **Le régime sec dans le traitement de l'insuffisance cardiaque** (Thèse de Paris, 1943).

Les résultats obtenus par Volhardt dans le traitement des néphrites aiguës par le régime sec ont incité l'auteur, s'inspirant des recherches du Pr Lian, à faire bénéficier les cardiaques asystoliques de cette thérapeutique. Il rapporte douze observations où les résultats ont été très favorables, comme l'ont montré, en particulier, les examens radiologiques du cœur, les mensurations du foie, les modifications dans le poids des malades, etc.

L'application du régime sec soulage le cœur, favorise et parfois déclenche une amélioration de l'état général. Habituellement bien accepté, il n'entraîne pas d'hyperazotémie comme on pourrait le craindre. Il n'est cependant pas indispensable de l'appliquer à toutes les cardiopathies, car la seule restriction liquidienne associée au traitement cardiodynamique et diurétique donne très souvent d'excellents résultats. Dans les cas rebelles, il est indiqué d'aller jusqu'à la prescription du régime sec.

Dr Françoise Viguié. — **Une réalisation médicosociale dans l'industrie du papier et du carton** (Thèse de Paris, 1944).

La médecine du travail occupe une place de plus en plus importante tant parmi les diverses soécialisations de l'activité médicale que parmi les principaux rouages des entreprises industrielles. En rendant obligatoire la création des services médico-sociaux du travail, la loi du 28 juillet 1942 a étendu le rôle de ces services.

L'auteur fait un exposé du fonctionnement d'une de ces réalisations concernant un établissement industriel où l'on fabrique du papier carbone, de l'encre, des stencils (*papiers préparés pour appareils duplicateurs*), et qu occupe 120 ouvriers et employés, dont 90 femmes. Sont envisagés successivement : les examens de santé du personnel, la fiche médicale, la fiche d'aptitude, les maladies professionnelles, les interventions diverses du médecin d'usine, l'hygiène industrielle, etc.

LES LIVRES

MALOINE, Editeur

C. Levaditi, P. Lépine et J. Verge. — **Les ultravirus des maladies animales**. Un vol., 1.226 p. Prix 790 fr., 202 fig.

Les ultravirus des maladies animales est un ouvrage qui fait suite aux Ultravirus des maladies humaines, paru en 1938. Œuvre éminemment pasteurienne, le présent volume est publié sous la direction de C. Levaditi, P. Lépine et J. Verge et rédigé par un grand nombre de collaborateurs choisis en raison de leurs connaissances des sujets traités.

Depuis la parution du premier volume, des études nouvelles ont imprimé des modifications essentielles aux conclusions formulées à l'époque. Signalons, entre autres, la purification par des moyens chimiques et physiques de ces ultravirus, purification allant jusqu'à la cristallisation de certains d'entre eux, leur constitution macromoléculaire et nucléoprotéidique, l'application de la photographie électronique à leur analyse statique. C'est à la lumière de ces études que, dans un premier article, C. Levaditi expose l'état actuel du problème et formule des conclusions qui, toutes provisoires qu'elles puissent paraître, permettent une interprétation logique des faits observés. De nouvelles techniques chimiques et physiques sont chaque jour appliquées à l'isolement des ultravirus et à l'évaluation de leurs dimensions. P. Grabar fait l'exposé détaillé de ces diverses techniques et en interprète les résultats. Les radiations (rayons X, rayonnement du radon, électrons) sont utilisés pour déterminer la taille des ultravirus et en fournir l'image électronique. P. Bonet-Maury s'est chargé de la rédaction de cette partie de l'ouvrage. Enfin, l'immunité dans les maladies à virus fait l'objet d'un examen approfondi dont P. Lépine est l'auteur. Ceci pour le côté théorique.

Dans la seconde partie du volume, de caractère plus pratique, des chercheurs particulièrement compétents étudient, suivant un classement logique, toutes les maladies animales provoquées par les ultravirus. Citer leurs noms c'est se persuader de la qualité des rédactions : Bailly, Balozet, Blanc, Boquet, Bridré, Curasson, Donatien, Dujardin-Beaumetz, Findlay, Goret, Guérin, Guillot, Jacotot, Lafforet, Lestoquard, J. Levaditi, Oberling, Paillot, Staub, Urbain, Velu, Verge, Vieuchange. Il s'agit de mises au point de nos connaissances les plus récentes pouvant être utilisées par ceux qui désirent entreprendre des recherches dans le domaine des maladies animales provoquées par des ultravirus.

En résumé, toute la " Virologie " française et étrangère se trouve condensée dans ces deux volumes, parus à cinq ans d'intervalle et qui, se complétant l'un l'autre, permettent d'envisager, dans leur ensemble, les si intéressants problèmes posés et, en grande partie, résolus, par cette nouvelle science.

Les Publications sociales agricoles
90, rue Saint-Dominique, Paris(7e)

Dr P. Mozziconacci, chef de clinique à l'hôpital des Enfants Malades. — **L'hygiène alimentaire de l'enfant.** Une brochure 88 p. Préface du Pr Robert Debré, 1944. Prix : 18 fr.

L'excellent petit livre du Dr Mozziconacci contient, très méthodiquement exposé, tout ce qu'il est utile de savoir pour mener à bien l'alimentation de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, et même l'alimentation du grand enfant. Y sont exposés, avec tous les *détails pratiques* convenables, l'allaitement au sein, l'allaitement au lait de vache, l'allaitement à l'aide des laits industriels (lait condensé sucré, lait sec, laits acides, babeurre, etc.), l'allaitement du nourrisson sans lait (" lait " de soja ou de tournesol). Les indications respectives de ces différents laits sont exposées avec une grande clarté. L'auteur étudie ensuite le régime des enfants de 5 mois à 1 an, celui de la 2e année, le régime du nourrisson au cours des troubles digestifs, au cours de certaines avitaminoses et de certaines carences.

Ecrit surtout pour servir de guide aux assistantes sociales, l'ouvrage sera lu aussi avec intérêt par le praticien, à qui il remémorera nombre de notions utiles en puériculture.

LES LIVRES RÉCEMMENT PARUS

Éditions du Comité National de l'Enfance
51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e)

Cours de puériculture en 10 leçons, à l'usage des élèves des Ecoles supérieures et des lycées, par les Drs Julien Huber et Rouèche, secrétaires généraux du Comité National de l'Enfance. 2e édition. Prix : 15 francs.

LÉPINE, éditeur
39, rue d'Amsterdam, Paris

L'Année médicale pratique, XXIIIe année, édition 1944, publiée sous la direction du Pr Camille Lian, médecin de l'hôpital Tenon. Un vol. 450 p., 75 fr.

L'édition 1944 de " L'Année médicale pratique " vient de paraître. Publié annuellement depuis 1922, cet ouvrage présente en des articles courts, rédigés par des auteurs particulièrement compétents, les acquisitions médicales pratiques de l'année écoulée.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Enquête sur quelques foyers de diphtérie en Eure-et-Loir, en 1943 et 1944.

(M. Henri Basse et Mlle Simone Dauvé. Présentation par M. Ramon ; 23-5-1944.)

A deux précédentes séances de l'Académie, des données concernant les résultats de la vaccination antidiphtérique au regard de la recrudescence actuelle de la diphtérie, ont été apportées, pour Paris par M. Besson et pour la ville de Lyon par M. Poulain. Il était intéressant de poursuivre une enquête semblable non plus seulement dans de grandes cités, mais aussi dans de petites villes et des communes rurales. C'est ce qui a été fait en Eure-et-Loir au cours des années 1943-1944 par M. Basse et Mlle Dauvé. De l'ensemble de leurs observations, il ressort que sur un total de 54 cas de diphtérie, 24 % ont été rencontrés chez des vaccinés avec une mortalité nulle et 76 % chez des non-vaccinés avec une mortalité de 9,2 %. D'autre part, près de la moitié des cas de diphtérie en question ont été notés chez des adolescents et des adultes. Ces constatations, remarquent les auteurs, permettent une conclusion probante quant à l'efficacité de la vaccination anatoxinique de Ramon.

M. Ramon ajoute que la communication de M. Basse et Mlle Dauvé, jointe à celles de M. Besson et de M. Poulain, affirme à nouveau que la vaccination antidiphtérique appliquée systématiquement et correctement est capable d'amener la diminution, dans de très fortes proportions, de la morbidité et de la mortalité par diphtérie parmi les vaccinés, même au cours d'une période de forte poussée épidémique, comme c'est le cas depuis deux ans.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Phlébites en cordon de la paroi thoracique.

(M. H. Mondor ; 1-3 1944)

M. Mondor a signalé, dans une communication faite en 1939 à l'Académie de chirurgie, une affection dont il rapportait quatre cas, qui se traduit par un cordon sous-cutané siégeant à la paroi thoracique et allant généralement de la base du cou au rebord costal, mais avec d'autres localisations cependant. La nature de la lésion restait encore imprécise.

Une observation récente de M. Léger a permis d'obtenir un examen histologique de cette lésion. L'examen, pratiqué par Mlle Gauthier-Villars, conclut à une altération veineuse pour laquelle M. Mondor propose les dénominations de phlébite en cordon ou thoraco-phlébite en ficelle ou phlébite tronculaire.

Les blessures par le duralumin.

(M. Jean Chavannaz ; 19-4-1944)

Le duralumin est employé depuis une dizaine d'années déjà dans la fabrication des avions. Il sera utilisé probablement de plus en plus, en raison de ses avantages, dans l'industrie de l'automobile et du cycle et dans la construction du matériel ferroviaire, après la guerre. Or, les blessures par le duralumin offrent d'une manière générale une gravité particulière : elles sont notablement plus graves que les blessures par le fer, l'acier ou même le cuivre.

Les ouvriers qui travaillent le duralumin présentent souvent, à la suite de la moindre piqûre, des phénomènes douloureux, intenses, accompagnés de lymphangite parfois suivie de septico-pyohémie. Pour expliquer ces troubles, disproportionnés avec la blessure initiale, on a incriminé le duralumin lui-même et les huiles de graissage qui renferment des germes microbiens et des poussières métalliques agissant mécaniquement et par action chimique ou encore photosensibilisatrice.

De ces considérations découlent certaines mesures prophylactiques : filtration et stérilisation des huiles de graissage, lavage soigneux des téguments après le travail, travail sous lumière jaune et suppression de l'héliothérapie pour tous les sujets dont les téguments sont sensibilisés par les huiles de graissage, traitement chirurgical très précoce des piqûres par duralumin sans attendre que le panaris soit véritablement constitué (excision large du trajet, sulfamidothérapie locale et générale).

— M. Rudler remarque que les ouvriers et les médecins d'usine connaissent bien le caractère spécial de gravité des blessures de la main et des doigts par le " dural ". Dans les suites immédiates, les complications infectieuses (abcès, lymphangites) sont particulièrement sérieuses. Secondairement, l'inclusion de parcelles de dural dans les tissus provoque des altérations chroniques tenaces. Pratiquement, il faut savoir que les panaris par dural entraînent une incapacité temporaire plus longue que les panaris relevant d'autres causes. L'ablation d'un fragment de dural doit comporter un épluchage large.

— M. Desplas signale, en dehors de l'action physico-chimique du duralumin, l'action toxique, érosive, gangreneuse, des huiles de graissage dans lesquelles on a trouvé des produits phénolés à la concentration de 10 %.



Radio-sarcome du gland après curiethérapie pour épithélioma balano-préputial.

(MM. A. Lacassagne, G. Gricouroff et J.-L. Roux-Berger ; 22-3-1944)

Observation d'un malade atteint d'épithélioma du gland traité et guéri par le radium. Quatorze ans plus tard, développement à la même région d'un sarcome fuso-cellulaire qu'il paraît logique de rapporter au traitement, l'intervalle de quatorze ans qui sépare l'application du radium de l'éclosion du sarcome étant de l'ordre habituel du délai d'apparition, chez l'homme, des cancers provoqués. Ce cas est à rapprocher de 4 cas signalés par M. Gricouroff, de sarcomes apparus après radiumthérapie (radiumpuncture) d'épithéliomas de la langue. Les radio-cancers d'origine thérapeutique sont à la vérité d'une rareté extrême et ne sauraient constituer un argument contre l'utilisation des rayons X ou du radium, notamment dans le traitement des tumeurs malignes. Cependant, il ne faut user de ces agents qu'à bon escient et cette observation montre qu'un traitement par les rayons X ou le radium fait dans des conditions techniques correctes peut être à la fois cancéricide et cancérigène.

Recherches sur l'activité thrombocinétique des tumeurs ovariennes et utérines.

(MM. Ivan Bertrand et D. Quivy ; 22-3-1944)

On connaît la fréquence relative des embolies post-opératoires après les interventions pelviennes et en particulier après les opérations pour fibromes utérins. Pour expliquer ces embolies, MM. Ivan Bertrand et Quivy se sont demandé si, dans certains cas, l'on ne devait pas invoquer une libération massive de substances thromboplastiques au cours des attritions inévitables que comporte toute exérèse chirurgicale. Les fibromes utérins, les blastomes ovariens sont-ils particulièrement riches en thrombokinase ?

D'une série de recherches, les auteurs concluent que les tumeurs utérines et ovariennes ne possèdent par elles-mêmes qu'un pouvoir thrombocinétique minime, parfois même, pour les fibromes, complètement nul. La détermination des thromboses post-opératoires ne relèverait donc pas, dans ces cas, d'une libération excessive de substances thromboplastiques. Il reste plus vraisemblable d'incriminer, à leur origine, des phénomènes de stase par compression ou un processus de nature infectieuse

Pseudo-tumeur du sein développée autour d'une aiguille migratrice ignorée.

(M. Rouhier ; 19-4-1944)

M. Rouhier rapporte l'observation d'une femme de 63 ans atteinte d'une tumeur du sein gauche, de la grosseur d'une noisette, dure, lobulée, mobile sur la glande. L'examen extemporané de la lésion fut fait aussitôt après l'exérèse, par M. Leroux qui trouva, dans une thèque fibro-kystique, en plein tissu adipeux sans participation de la glande, une aiguille d'acier oxydée, cassée au niveau de son chas et longue de 28 mm.

La malade n'a aucun souvenir de la pénétration de cette aiguille. Il est possible qu'elle remonte à l'enfance et que l'aiguille ait suivi un long trajet à travers le corps avant de s'arrêter dans le sein et d'y provoquer le développement d'une pseudo-tumeur.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Le rendement du contrôle phtisiologique des externes des hôpitaux de Paris.

(M. E. Rist ; 3 mars 1944)

L'auteur indique sommairement ce que sont devenus les externes malades des promotions de 1937, 1938 et 1939, suivis jusqu'à la fin de 1943, c'est-à-dire pendant six, cinq et quatre ans. Le total des externes, qui les composent, est de 1.047, sur lesquels 9 étaient tuberculeux lors du contrôle initial, et 40 le sont devenus ultérieurement. Ces 49 malades représentent une morbidité de 4,67% pendant cinq ans en moyenne. Le bilan de ces 49 externes, dont la tuberculose, diagnostiquée précocement, a été traitée autant que possible d'une façon rationnelle et sans perte de temps, accuse 3 décès, 6 sujets en traitement et 40 récupérés, qui ont repris une activité normale, bien qu'il y eût, parmi ceux-ci, 16 porteurs de lésions excavées. Que ces malades aient été traités en sanatorium ou en cure libre médicalement surveillée, la durée moyenne du traitement, calculée à partir de la mise au repos jusqu'à la reprise du travail a été de quatorze mois, aucun n'est passé à la chronicité.

Ces résultats s'avèrent supérieurs à ceux des Assurances sociales : mortalité 43,34 % au lieu de 6 %, récupération 18,7 % au bout de cinq ans au lieu de 90,9 %. Ceci tient aux raisons suivantes pour les assurés sociaux : médecine libre, traitement utile entrepris beaucoup trop tardivement, prestations-maladies insuffisantes. A la S.N.C.F., on note une mortalité de 13,10 % et une récupération de 44 %, car, pour les cheminots, les conditions de détection, de traitement précoce et bien compris, et des prestations assez larges, permettent de rapprocher davantage leur sort de celui des externes des hôpitaux.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26-5-1944

(M. Philippe Khouri)

Diphtéro-réaction cutanée au moyen de timbres-tests diphtériques individuels. Etude expérimentale sur le cobaye.

Pour rendre plus commode le dépistage des réceptifs, l'auteur simplifie la réaction de Schick, en lui conservant toute sa précision. Il remplace l'injection intradermique de toxine diluée, par l'application sur la peau d'un carré de papier buvard stérile, imbibé de toxine diphtérique glycérinée, de haut pouvoir pathogène. Le timbre-test diphtérique a été expérimenté avec un constant succès, sur des cobayes, avant et après leur immunisation. Son application après épilation (épidermo-réaction) ou après épilation suivie de griffage superficiel (dermo-réaction) détermine une réaction cutanée des plus nettes, en tous points comparable à celle que produit l'intradermo de Schick.

LA PRESSE

Le traitement de la diphtérie maligne par la cortine de synthèse. — La notion d'une insuffisance surrénale dans la diphtérie maligne est ancienne et parfaitement légitimée par la clinique et l'expérimentation. Les observations de diphtéries malignes traitées par l'acétate de désoxycorticostérone sont nombreuses. *MM. Ledaillan* et *Tournoux* en rapportent dix nouvelles, avec cinq guérisons et cinq décès, ces derniers s'étant accompagnés d'altérations organiques ou fonctionnelles importantes, en dehors de l'atteinte surrénale (quatre azotémics supérieures à 2 gr. et une myocardie). le médicament ayant d'ailleurs été employé à des doses que ces auteurs jugent aujourd'hui trop faibles. Au contraire dans les cas de guérison, il s'agit bien de diphtéries malignes d'emblée ou de syndromes secondaires (azotémie supérieure à 1 gr., hémorragie.) Dans tous les cas, l'action de la cortine synthétique fut indéniable. La régression plus rapide des phénomènes locaux et l'amélioration de l'état général ont marché de pair avec la réduction du chiffre globulaire. L'observation de ce dernier coefficient sert d'ailleurs à fixer la dose optima de désoxycorticostérone, que l'on peut administrer sans inconvénient; celui-ci décroît, à peu près régulièrement chaque jour, d'une valeur faible, mais que l'on peut mettre en évidence par des numérations pratiqués à deux jours d'intervalle : la dose journalière optima est déterminée quand le nouveau chiffre globulaire demeure égal ou inférieur à 4.500.000. Cette dose sera maintenue pendant toute la durée des manifestations morbides, et même au delà. Le traitement doit être longtemps poursuivi, si l'on veut éviter l'apparition de syndromes secondaires ou de complications sévères. Les auteurs ont traité leurs malades par des injections quotidiennes de 20 à 40 mgr., le plus souvent 30 à 40 mgr. en période morbide ; une fois la dose de 60 à 70 mgr. a pu être maintenue pendant six jours. Mais les fortes doses ne sont pas sans présenter quelques inconvénients ; cependant, nous possédons, avec la numération globulaire un test extrêmement précis, permettant d'apprécier l'action du médicament. Une chute globulaire amenant à un taux inférieur à 4.500.000 doit faire admettre que l'action supplétive a été atteinte et peut-être même dépassée, et que la poursuite des injections de désoxycorticostérone ne pourrait plus conduire qu'à des accidents. (*Paris-Médical*, 10 *juillet* 1944).

Un fait nouveau dans l'allergie cutanée tuberculinique. — Il résulte d'observations faites par *M. Fourestier* et *M. Della Torre* que la tuberculine peut demeurer inactive très longtemps (huit mois au moins) dans le derme d'un sujet vierge de toute infection bacillaire. La zone cutanée d'inoculation tuberculinique peut se « révéler » soit brusquement au moment de la primo-infection clinique, soit activement après vaccination par le B.C.G., mais de toute façon spontanément sans nouvelles sommations tuberculiniques. (*Gazette des hôpitaux*, 1er *novembre* 1944).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

PROJETS ET RÉSOLUTIONS

Rares, dans la vie d'un peuple, sont les moments aussi chargés de certitudes et de conscientes responsabilités que l'est, pour nous, cette fin décembre 1944. Où allons-nous ? Bien malin qui le dirait. Mais pas un Français ne doute que nous n'abordions à l'heure présente, un tournant à la fois passionnément attendu, décisif et dangereux. Décisif parce qu'il sera notre voie d'accès dans le monde renouvelé par la catastrophe. Dangereux parce que si nous le prenons mal, ce tournant, nos descendants le paieront cher et longtemps !

Depuis quatre mois nous sommes en fête. L'ivresse de la libération ne s'est pas encore dissipée et c'est de bon cœur que nous passons sur les quelques mécomptes qu'elle a pu nous causer. Mais les plus belles réjouissances ont une fin et cette fin nous la sentons venir. Il est temps décidément d'éteindre les lampions, d'endosser sa cotte de travail et de retrousser ses manches. La paix est pour demain ; dès aujourd'hui voici le territoire à peu près nettoyé des envahisseurs. Un seul coup d'œil suffit pour apercevoir l'étendue du désastre et si nous voulons, au moment du règlement de comptes, inspirer mieux que de la commisération il n'y a plus une minute à perdre.

Eblouis par le grand jour au sortir de l'in-pace, qui nous tint quatre ans dans la nuit opaque, nous n'avons fait jusqu'ici que rêver la France nouvelle. Elle doit dater, forte et libre, du millésime prochain.

La libération c'est l'école de la liberté. Nos ancêtres ouvriraient de grands yeux s'ils voyaient la France à cette école-là.

Restaurer un grand pays, l'organiser, l'administrer, ce ne sera pas besogne facile, nous le savons, et c'est déjà beaucoup de le savoir. L'inquiétant serait de nourrir des illusions ou de croire que la France, parce que la France, résout toutes les difficultés. Nous avons payé pour savoir que les improvisations ne valent rien dans la politique d'un pays. Nous laisserons donc œuvrer à leur manière, sous leur responsabilité, ceux qui auront assumé la charge d'organiser et d'administrer.

Il n'en faut pas moins que chaque citoyen, de sa place et là où il est apte, se fasse un devoir d'ajouter sa propre impulsion à l'effort commun, d'apporter son écot à l'ensemble doctrinal qui s'élabore. Nous avons la fortune, nous, médecins, que notre domaine soit à la fois dans l'action et dans la doctrine — et de pouvoir être en même temps des agents et des conseillers — Et de cela nous avons à prendre gravement conscience en ce début d'une ère nouvelle.

Il servirait de peu de chose à notre pays d'avoir une politique sage, une économie prudente si sa constitution physique demeurait débilitée. La guerre lui a porté de rudes coups, mais nous savons que dès le temps de paix il n'était pas en pleine santé. La dénatalité et de sournoises atteintes l'avaient depuis longtemps mis en état de moindre résistance. Et les médecins ne s'étaient pas fait faute d'en donner à maintes reprises le solennel et pressant avertissement. Même ils avaient, à leur coutume, après le diagnostic, formulé la thérapeutique. Ils avaient, pour maîtriser l'alcoolisme, préconisé l'abolition du privilège des bouilleurs de crû et la réduction du nombre des débits de boissons. Mais un parlement dont il vaut mieux croire qu'il était seulement stupide, sinon il eût été criminel, maintenait le privilège et en un seul vote augmentait de 2.000 les cabarets. Les médecins conseillaient d'abattre les quartiers insalubres et de multiplier les espaces libres. En réponse la municipalité parisienne construisait des buildings sur l'emplacement des fortifications démantelées. Les médecins avaient dénoncé le nombre inouï des avortements provoqués et demandé à la justice des sanctions à la mesure du mal ; ils avaient organisé des consultations contre la stérilité, jeté les fondements d'une eugénique moderne. Bref il n'a pas dépendu d'eux que la France ne fût pas ce pays qui, en 1939, alla au combat dans une forme qui laissait place à toutes les surprises.

Maintenant que les fautes d'autrefois sont expiées et que près de périr, cette France a trouvé en elle la suprême énergie de prouver qu'elle était digne de vivre, maintenant c'est à nous, ses médecins, de prendre son salut en mains et de ne plus admettre que nos avis dépendent, pour être suivis, de l'approbation de politiciens incompétents. La lutte contre les fléaux sociaux est affaire de technique, non d'orateurs ou de quémandeurs de suffrages. Il faut espérer que le temps est passé où chaque élection législative faisait surgir six cents Pic de la Mirandole et où les tribunes parlementaires retentissaient d'âneries saugrenues. Soumettre aux Chambres la politique extérieure et intérieure du pays on ne saurait y trouver à redire puisque chaque citoyen d'une démocratie, du fait même qu'il vote, manifeste qu'il a sur ces points une opinion personnelle et charge le candidat de son choix de faire valoir cette opinion. Mais les problèmes économiques ou sanitaires ne sont pas du ressort du premier venu. Médecins, hygiénistes, architectes et urbanistes, assistés de conseillers juridiques, peuvent au contraire, pour ce qui concerne la santé nationale, composer un aréopage éclairé, sachant ce qu'il veut et pourquoi. Qu'il élabore seul les décisions à prendre et que celles-ci reçoivent du parlement force de loi : ce serait une formule de bonne efficacité.

Veiller sur la santé du pays, ce n'est pas toutefois seulement ni même essentiellement édicter des règles ou des défenses du haut de quelque Olympe parisien. Un pays aussi gravement touché que le nôtre ne peut recouvrer la santé que si la surveillance et les soins ne se relâchent jamais et s'exercent partout à la fois. Qui d'autre que les 30.000 médecins français répartis sur tout le territoire pourrait s'acquitter de cette mission et réaliser le réseau sûr de défense où pas une maille ne doit lâcher. Il nous incombe déjà, et l'Etat se repose entièrement sur nous de ce soin, de conjurer la propagation des maladies épidémiques. La rougeole et la varicelle sont de bien anodins fléaux à côté de ceux qui nous préoccupent pour le moment. Je souhaite que tous les médecins français sans exception prennent en charge la lutte pour la vie qui s'impose à

ce pays à la fois malade et blessé. Constitués en conseils locaux, raccordés avec leurs voisins, confrontant les constatations et les avis de tous, provoquant des décisions à la demande des circonstances ils peuvent réaliser un appareil de défense singulièrement plus sensible, plus précis et plus souple que les bureaux d'hygiène où, comme dans tout bureau, l'initiative est souvent redoutée et plus souvent encore mal accueillie.

Que les médecins français s'acquittent de cette mission avec foi et conscience, il n'en faut pas douter. C'est à l'Etat de leur en fournir les possibilités.

***

Pour être en mesure d'offrir à la collectivité ce service irremplaçable les médecins doivent avant tout être constitués en corps professionnel unanime et fortement charpenté. A l'heure présente ils en sont loin : c'est, chez eux, l'anarchie totale. Le corps médical est aux eaux : il fait une cure d'épuration. Mais à moins qu'il n'ait les humeurs fort peccantes ou des émonctoires vraiment défaillants on finira bien par lui revoir l'œil clair et la bile fluide des bien portants. C'est alors qu'il se trouvera devant la tâche *importante de s'organiser*. Le vœu de tous est qu'il y arrive le plus vite possible.

Un schéma encore très flou, mais qu'il sera prié de retoucher à son idée lui est proposé : une architecture syndicale avec affiliation facultative étayée d'un ordre uniquement juridictionnel avec affiliation obligatoire. A la vérité la faculté d'échapper à la discipline syndicale provoquerait dans le corps professionnel une chute incontestable de la cohésion, peu favorable au grand rôle civique que je souhaite pour lui. Mais la loi de 1884 entend expressément réserver le libre arbitre de chacun et, par ailleurs, tout ce qui comporte une obligation sonne mal en cette fin d'année de 1944. En réalité on peut s'attendre à ce que cette liberté-là soit, à l'image de quelques autres, beaucoup plus affirmée dans les textes que dans les faits. Les syndicats auront pour mission de défendre les intérêts matériels et moraux de la profession. Il se peut donc que leur soit confiée la répartition des matières contingentées, de l'essence en premier lieu. Si la libre consommation de l'essence ne reparaît pas en France avant longtemps, comme il semble probable, on demande à voir le médecin qui oserait rompre en visière avec un syndicat disposant du carburant. En outre, si les syndicats retrouvent les prérogatives qu'ils avaient avant la guerre, signent les conventions collectives avec les caisses d'assurances sociales et exercent le contrôle technique ils auront barre sur tous les médecins, adhérents ou non, et ce serait presque un enfantillage de subir cet assujettissement à un organisme où l'on n'a pas voix au chapitre.

Il n'a pas encore été dit si le projet proposé conservait le tableau avec inscription obligée de tous les médecins exerçant leur art et possibilité de radiation. Cela n'a pas été dit, mais on y a pensé. Il serait difficile de s'en tenir à la réglementation actuelle qui restitue le droit d'exercer à tous les médecins inscrits sur les listes préfectorales et d'introniser les yeux fermés même ceux qui ont, durant la guerre, encouru des condamnations infamantes. Il est souhaitable que l'inscription au tableau continue, comme elle l'était il y a quelques mois, à être exigée de tout médecin établi avec production préalable du bulletin n° 2 de l'extrait du casier judiciaire, formalité dont le *Concours Médical* expliqua naguère l'intérêt.

Construit sur ce plan, doué d'une juridiction que nul ne peut récuser, d'un organe administratif auquel tous ont intérêt à adhérer, d'un tableau qui fait office de filtre de moralité et de respectabilité, le corps médical aurait l'homogénéité, la surface, la personnalité civile indispensables à la mission civique que j'ai exprimée. Tout autant qu'à l'Etat cette mission lui serait salutaire en ce qu'elle restaurerait en lui la conscience de ses prérogatives et de ses responsabilités. Entre gens de bonne qualité une responsabilité commune est le meilleur ciment qui soit.

Il est spécifié par nos dirigeants que les médecins doivent être appelés à décider eux-mêmes de leur statut. Quelle sera la procédure de cette vaste consultation ? On n'aperçoit guère qu'un referendum pour donner à celle-ci des réponses précises et empreintes d'une liberté réelle. Il serait regrettable de ne pas l'ouvrir dans le plus bref délai. Un régime démocratique doit avoir lui-même hâte de voir succéder à des autorités sans mandat un pouvoir établi sur la volonté populaire.

***

En tant que médecins tout comme en tant que citoyens, nous voici donc, ces derniers jours de décembre 1944, dans l'attente d'un départ et devant de larges perspectives. La paix à accueillir et à aménager, la restauration du pays à mener à bien, la profession à promouvoir dans une place où elle se sentira nouvelle, mais non désorientée, c'est plus qu'il n'en faut pour nous tailler de la besogne. Nous avons hâte de nous y mettre. Assez d'années ont été gâchées dans les terreurs bestiales, dans les soucis sordides. Assez longtemps nous avons vu, avec une rage qu'il fallait dominer puisqu'elle était impuissante, s'amonceler les dévastations. Nous accueillerons avec un immense soulagement le moment de poser enfin des pierres l'une sur l'autre et de donner un sens avouable à l'effort des hommes.

Nous allons aborder 1945. Ce doit être, il faut à toutes forces que ce soit, ce sera une grande année. Elle fournira à notre génération l'occasion sinon de se racheter, du moins de plaider les circonstances atténuantes au tribunal de la postérité. Nous y aurons besoin d'indulgence !

C'est pourquoi, mes chers confrères, au moment de vous souhaiter : bonne année ! il me faut préciser le sens dans lequel je comprends qu'elle soit bonne. Non pas une année de détente, mais de vigilance et d'acharnement ; non pas une année de jouissances épicuriennes, mais de sévère et d'austère application. Non pas des dédommagements, aussi longuement que nous ayons peiné dans notre chair et dans nos âmes. Une année de sacrifice à corps perdu, une année de sursaut, une année qui signifie au monde notre volonté inflexible de refaire de la France autre chose qu'un musée de la guerre.

Il sied que d'ici un an notre pays (et notre profession qui en est une famille) soit un vaste chantier vibrant d'affairement et d'entrain et que déjà nous puissions jeter sur les constructions sorties de terre un regard satisfait.

Si nous sommes d'accord, et comment ne le serions-nous pas, alors souhaitons-nous, chacun à tous et tous à chacun : Bonne année ! G. LAVALÉE.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

RETOUR A L'ORDRE ?

NOTRE pays venait de connaître la guerre sur la quasi totalité de son territoire. La vie sociale organisée commençait lentement à renaître. Dans leur sphère propre les Syndicats médicaux se préparaient à reprendre leur activité, lorsque l'on apprit qu'ils suscitaient la méfiance du régime nouveau. Une période d'incertitude s'ensuivit où l'on put craindre que le désordre ne s'installât peu à peu dans la profession. Puis des informations filtrèrent, et l'on apprit que les pouvoirs publics préparaient un nouveau statut professionnel. Dans ses grandes lignes ce statut confiait à des organismes obligatoires tout à la fois le soin de défendre, de protéger et de discipliner leurs ressortissants. Chaque département posséderait son Conseil, *nommé* par l'autorité publique. Au sommet de cette pyramide hiérarchisée régnerait un Conseil supérieur *nommé* par le Ministre. L'attente se prolongea quelques semaines encore, puis sans préavis ni consultation le Corps médical se vit doté d'une nouvelle constitution. Son texte venait de paraître à l'*Officiel*. C'était, non la loi du 7 octobre 1940, mais l'ordonnance du 11 décembre 1944 légalisant l'action des Comités médicaux de la libération...

Nous avons suffisamment dit ce que nous pensions de ce curieux *retour à l'Ordre* pour qu'il soit utile d'insister longuement sur les bienfaits ou les méfaits de cette solution, hâtons-nous de le dire, essentiellement transitoire.

Nous comprenons mal cependant que nos législateurs actuels aient si peu confiance tout à la fois dans la liberté et dans les médecins, qu'ils aient cru nécessaire de leur retirer le droit, retrouvé dès 1942, de choisir eux-mêmes leurs représentants. Les responsables de l'organisation actuellefurent n'en doutons pas, inspirés par des motifs en tous points respectables. Il n'empêche que, pour qui se réclame des principes démocratiques, il est impossible d'accepter la création d'une nouvelle discrimination entre les Français. Il n'est guère de médecins dans les provinces françaises qui n'aient participé en esprit et en action à la lutte et à la résistance. Comment s'étonner s'ils n'acceptent pas aisément d'être ainsi relégués au rôle de sujets.

Convenons, cependant que nos critiques s'adressent beaucoup plus à l'état de fait consacré par l'ordonnance, qu'à l'ordonnance elle-même. Jusqu'à maintenant deux règles essentielles de notre nouveau régime se trouvaient impunément violées : le principe d'égalité, et le principe de légalité. Grâce à l'ordonnance s'amorce un *retour à l'ordre* tout court, c'est-à-dire à l'ordre public. Nous quittons les voies de fait et rentrons dans les voies de droit. Souhaitons que cette ordonnance transitoire nous mène rapidement à un régime légal qui ne comporte plus de catégorie *privilégiée* au sens le plus étymologique du mot.

Notre souhait au reste est déjà partiellement exaucé : l'ordonnance sur la reconstitution des syndicats médicaux dont la publication avait été malheureusement retardée, vient de paraître à l'*Officiel*, avec la date du 15 décembre, après avoir subi des retouches notables. Il est à regretter cependant qu'elle ne soit pas d'une immédiate applicabilité.

Quant à l'ordonnance algérienne du 18 octobre 1943 relative à l'exercice de la médecine et à l'organisation de la profession, elle serait, si nos informations sont exactes, actuellement remise sur le métier et donnerait naissance, au cours de l'année prochaine, à la grande loi organique dont, depuis 1892, la médecine a besoin.

Le régime transitoire

Son exposition ne nous retardera guère. Ce régime est connu de tous puisqu'il fonctionne depuis 1943. Les auteurs du texte ont en effet pris pour modèle l'Ordre, tel que la loi du 10 septembre 1942 l'avait conçu : Conseil départemental chargé de la défense et de la gestion des intérêts professionnels; Conseil régional gardien de l'honneur et juridiction professionnelle, Conseil national, coordinateur et tribunal d'appel. A ce régime, l'ordonnance du 11 décembre a cependant apporté des modifications qui paraissent s'inspirer de la loi du 7 octobre 1940, c'est-à-dire de l'Ordre "première manière". Tout d'abord le Conseil national n'est plus national, mais redevient « supérieur ». En second lieu, ce qui a une toute autre importance, nous revenons aux Conseils *nommés* par l'autorité publique. Les Conseillers départementaux sont nommés par le Préfet, sur proposition du Comité médical de la libération. Les Conseils régionaux sont *nommés* par les Commissaires régionaux de la République sur proposition des Comités médicaux de la région. Le Conseil supérieur est *nommé* par le Ministre de la Santé sur propositions du Comité médical de la Résistance. Par voie de conséquence, les Collèges départementaux de l'ordre, avant tout collèges électoraux, disparaissent de la scène et perdent toute raison d'être. Les Conseils ne sont donc pas des organes représentatifs, mais des *rouages administratifs*. Ils ne peuvent prétendre émaner du Corps médical, ni parler ou s'engager en son nom. Ils parlent au nom des pouvoirs publics et des Comités qui les ont nommés.

Sous l'angle de la médecine sociale, il faut en déduire qu'ils ne jouissent pas des pouvoirs que le décret-loi sur les assurances sociales confiait au Syndicat, et que la loi du 29 mai 1941 avait transmis à l'Ordre des médecins. Remarquons d'ailleurs que l'ordonnance nouvelle ne prononce pas le mot d'Ordre sauf pour confier aux nouveaux conseils la gestion de ses biens.

Une dernière différence qui rapproche les Conseils actuels de ceux de 1940, est qu'ils sont dépourvus de toute compétence en matière d'organisation professionnelle. Ils sont des défenseurs et des gérants d'affaires, non des créateurs, des organisateurs.

Nous aurons donné une suffisante idée du régime transitoire actuel en ajoutant que les Conseils départementaux et supérieur sont doués de la personnalité civile, peuvent en conséquence se porter partie civile devant les juridictions répressives, et sont habilités à percevoir des cotisations (dont le taux est fixé par le Conseil supérieur). En outre de leur objet essentiel, les Conseils départementaux (mais non le Conseil supérieur) administrent des services de secours ou d'entraide. Ces services peuvent sans doute être alimentés financièrement par les cotisations. Par contre les biens de l'Ordre dissous ne peuvent être affectés qu'à la « défense et à la gestion des intérêts de la profession ».

Notons, au point de vue disciplinaire, que l'orga-

nisme suprême reste le Conseil d'Etat, et non la Cour de Cassation, comme le prévoyait l'ordonnance du 18 octobre. Conseils régionaux et chambre de discipline statueront en équité et selon les coutumes consacrées de la profession. Il n'est pas prévu en effet de Code de déontologie, et le Code établi par l'ancien Conseil supérieur a perdu toute valeur juridique, les lois sur lesquelles il reposait ayant été abrogées.

Il n'est plus question de tableaux de l'Ordre. Les formalités d'installations des jeunes médecins se réduisent donc à celles prévues par les lois sur l'exercice de la médecine, auprès des autorités publiques (dépôt du diplôme, etc.).

Le Renaissance du Syndicalisme

Nous avons déjà indiqué (1) le mécanisme du rétablissement des Syndicats médicaux dissous. Rappelons-en le schéma, et marquons au passage les modifications apportées au plan initial.

Les Syndicats existant au 16 juin 1940 sont *en principe* rétablis dans leurs droits et attributions ; leurs dirigeants sont *en principe* également rétablis dans leurs fonctions et mandats. Mais il y a entre ce principe et son application toute la marge de l'*épuration.* C'est pourquoi le retour effectif à la vie sociale et juridique des anciens bureaux et par suite des anciens syndicats *exige* une *intervention positive* des pouvoirs publics, à savoir la nomination de *Commissions de reconstitution.*

Ces Commissions auront un triple rôle :

a) Constater l'incapacité pour les anciens dirigeants de syndicats de continuer leurs mandats s'ils ont fait l'objet de sanctions en matière d'épuration administrative ou de répression des faits de collaboration, ou enfin s'ils sont en état d'indignité nationale (*épuration de droit commun*).

b) Procéder elles-mêmes (et leur rôle devient alors juridictionnel) à une *épuration spécifiquement médicale,* dont les cas sont limitativement prévus (coopération à la destruction des libertés républicaines et syndicales, à la déportation, refus de soins aux membres des F.F.I. ou dénonciation aux autorités).

c) Désigner au Préfet, qui les nomme, les Membres des commissions provisoires de gestion au cas :

— où les bureaux anciens auraient perdu plus de la moitié de leurs membres par suite de démission, décès ou déchéances (épurations).

— où les bureaux anciens seraient *dissous* par décision du Ministre après avis de la Commission de reconstitution.

Dans ces deux cas la Commission de gestion est chargée de prendre en mains provisoirement les intérêts matériels du Syndicat et de convoquer sans tarder l'Assemblée générale qui nomme un nouveau bureau.

Autant nous nous inclinons devant les nécessités de l'épuration professionnelle, qui ne peut frapper qu'une infime minorité de médecins dont les noms sont localement sur toutes les bouches, autant, par contre, nous sommes étonnés, pour ne pas dire plus, par l'introduction dans le texte initial du *droit de dissolution* des anciens bureaux *épurés* donné aux Commissions et au Ministre, sans qu'aucun motif puisse être exigé, et qu'aucun recours soit prévu. Nous sommes-là en plein arbitraire, et nous voulons espérer qu'aucun ministre républicain ne voudra user de ce droit qui l'est fort peu, ne fût-ce que par souci de ne pas tomber lui-même dans un cas d'épuration en « coopérant ainsi à la destruction des libertés républicaines » selon l'article 6 de l'ordonnance.

La reconstitution une fois opérée, après cette longue procédure, le syndicat est apte à reprendre ses biens, selon les modalités du décret du 25 janvier 1944, c'est-à-dire par prélèvement dans les biens séquestrés de l'Ordre dissous. Ce prélèvement a lieu sans frais, soit en nature s'il est possible (sous réserve des droits à indemnité s'il y a lieu), soit en valeur au jour du séquestre dans le cas contraire.

Les commissions de reconstitution ont, nous l'avons vu, de redoutables pouvoirs : elles sont en réalité de véritables juridictions d'exception chargées jusqu'au renouvellement des bureaux de déclarer les médecins en état d'*indignité professionnelle* et leur action peut s'étendre durant cette période à tous les médecins, qu'ils aient été ou non membres de ces bureaux. Il faut donc que leurs opérations soient entourées de toutes les garanties de procédure destinées à sauvegarder les droits de la défense. Nommées par le ministre, en liaison étroite avec les Comités nationaux et départementaux de la résistance médicale, elles comprennent heureusement des magistrats dans leur sein. Il doit être donné à l'intéressé connaissance des faits qui lui sont reprochés ; et l'on doit entendre ses explications — ce qui est évidemment élémentaire. — Mais l'intervention d'un défenseur n'est point prévue. « Tout intéressé » peut en appeler dans les trente jours à la Commission nationale des décisions des Commissions départementales. Mais *l'appel n'est pas suspensif.* Les décisions rendues, sur le plan national, par cette Commission suprême le sont en premier et dernier ressort. L'ordonnance leur attribue un caractère « définitif » ; il faudrait en conclure qu'*aucun recours en cassation* n'est ouvert. La rapidité est acquise au besoin aux dépens de la justice.

Cette rapidité, que nous promet l'article 7 de l'ordonnance, risque fort malgré tout de n'être que relative. En effet il faut en premier lieu attendre le décret d'application prévu par l'article 21, puis la nomination des commissions départementales et nationales, ensuite l'achèvement des procédures d'épuration générale ou professionnelle, les éventuelles dissolutions, la nomination des Commissions de gestion, enfin la convocation des Assemblées générales et l'élection des nouveaux bureaux. Sans être outre mesure pessimiste, on peut évaluer à plusieurs mois la survie des organismes provisoires de gestion mis en place par l'ordonnance du 11 décembre. Une question se pose alors : le syndicalisme médical doit-il attendre pour renaître de ses cendres le rétablissement de ses anciens groupements ? Ne peut-il pas tout simplement donner naissance immédiate à de nouveaux organismes, dont la jeunesse garantirait la pureté ?

Nous n'hésitons pas quant à nous à répondre par l'affirmative de la manière la plus nette. L'abrogation des lois du 7 octobre 1940 et du 10 septembre 1942 a fait disparaître pour le passé l'interdiction formelle pour les médecins de se grouper en associations syndicales. L'article 2 du Livre III titre I du Code du travail prévoit expressément les Syndicats de professions libérales. Le droit commun accorde donc aux médecins la faculté de se syndiquer, sauf *dérogation expresse.*

Or l'on chercherait vainement une disposition de cette nature tant dans l'ordonnance du 11 décembre que dans celle du 15 décembre. Une dérogation implicite serait insuffisante ; mais elle n'existe même pas. L'ordonnance du 11 décembre tout d'abord parle de « la reprise

(1) « Concours Médical ». Octobre 1944 - page 483.

de l'activité des syndicats de médecins » comme d'un fait qui ne dépend pas d'elle. Elle confie certes provisoirement aux conseils actuels la *défense* et la *gestion* des intérêts de la profession, mais ne leur confère pas un monopole. Au reste, elle laisse encore une large place à l'activité syndicale immédiate, à savoir la *représentation* et l'*organisation* de la profession qui ne relève actuellement d'aucun organisme. Quant à l'ordonnance du 15 décembre, elle concerne uniquement le *rétablissement* des syndicats *anciens*, non la *création* des syndicats nouveaux. Elle consacre par ailleurs dans son article 6-1° l'existence dans le domaine médical de la *liberté syndicale* qu'elle place heureusement au rang des libertés républicaines. La reconstitution des syndicats anciens (nécessaire à la « reprise » des biens confisqués par l'Ordre) ne fait donc pas échec à la *constitution immédiate* d'organismes neufs appelés tout naturellement au reste à recueillir ensuite leur héritage, afin d'assurer alors l'unicité de fait que le syndicalisme connaissait avant guerre. Aucune sanction pénale n'est enfin prévue contre la constitution de nouveaux syndicats, dès lors que leur bureau ne comporte aucun élément indigne, et cette constitution ne requiert aucune formalité autre qu'un simple dépôt.

***

Ainsi la liberté syndicale retrouvée vient-elle heureusement corriger les graves inconvénients du régime d'exception que le législateur a fait à la profession médicale, sans que l'on comprenne exactement pourquoi. Nous reprenons enfin le chemin de la légalité ; le syndicalisme peut et va renaître. Une ordonnance instituant un Ordre électif, uniquement disciplinaire et juridictionnel, confié aux seuls médecins, est actuellement en préparation. Syndicats libres, Ordre indépendant ! Le retour à l'ordre est, sans jeu de mot cette fois-ci, bien près de s'accomplir.

Jean MIGNON

ACCIDENTS DU TRAVAIL

LE SERVICE MÉDICO-SOCIAL DOIT RESTER DISTINCT DE LA MÉDECINE DE SOINS

par le Dr Fernand DECOURT.

Dans un article paru dans le *Concours* du 15 novembre 1944, au sujet d'abus d'actes médicaux, j'avais mis en P.S. : « Je n'ai pas traité la question de non-qualification du médecin du service social lorsqu'il « prescrit » des séances de mécanothérapie ou de spécialité quelconque, par « *accord préalable* ». J'y reviendrai dans un article spécial d'ici peu. » C'est ce dont je désire parler aujourd'hui.

Je rappelle certains faits de cette affaire. Le Dr A..., médecin du service médico-social de l'usine B... avait envoyé une lettre à un médecin spécialiste C..., en disant à celui-ci, au sujet d'un blessé D..., atteint à trois doigts de la main gauche et chez lesquels, après cicatrisation, persistait de la raideur articulaire : « ...La mécanothérapie est encore très utile pour réduire la contracture qui persiste. Je vous confie donc le blessé pour cela. Envoyez-le-moi après une dizaine de séances pour que je juge des progrès accomplis... »

Le tarif A.T. parle explicitement, en ce cas (art. 28) d'un « *accord* » *préalable obligatoire* entre le médecin traitant et le médecin patronal ou de son assureur substitué. Or, en l'espèce, ni médecin traitant ni médecin de l'assurance intéressée ne furent mis en jeu. Ne se trouvèrent en présence que : un médecin médico-social et un médecin spécialiste.

Qu'en l'absence du médecin traitant, le Dr X..., le spécialiste se soit mis d'accord avec le médecin de l'assureur substitué pour un nombre donné de séances de mécanothérapie, cela se pourrait justifier... mais, ici, c'est le Dr A..., médecin médico-social de l'usine qui a pris la place du médecin de l'assurance, commettant ainsi une usurpation de fonctions que la *commission d'arbitrage* ne pouvait accepter sans protester. D'où les deux attendus suivants pris par elle sur ce point spécial :

« *Attendu qu'il résulte de l'examen du dossier que le Dr A... a agi, en la circonstance, comme médecin chargé du service médico-social de l'entreprise et qu'il est rappelé que l'article 8 de la loi du 28 juillet 1942, concernant l'organisation des services médico-sociaux du travail, stipule que seuls peuvent être traités au service médical de l'entreprise les salariés qui n'arrêtent pas leur travail ; que le médecin du travail assure les soins d'urgence nécessaires en cas d'accident et fait le premier pansement ; que si l'arrêt du travail est nécessaire il dirige le blessé vers son médecin de famille ou vers l'organisme de soins choisi par la victime ; qu'il doit, en principe, s'abstenir de recevoir dans son cabinet privé un travailleur de l'entreprise ou un membre de sa famille vivant sous le même toit, à moins que l'urgence des soins à donner, l'absence de toute ressource médicale locale et l'éloignement de tout centre urbain ne justifient son intervention.*

« *Attendu que, sans s'arrêter à cette immixtion illégale du Dr A... dans la conduite des soins, la commission considère que le médecin du service médico-social de l'entreprise ne peut être admis comme médecin traitant ; que seul le Dr X... semble répondre à cette qualification...* »

***

Si l'attitude du Dr A..., médecin du service médico-social de l'usine, avait été une exception, il aurait été inutile d'y revenir d'une façon spéciale. Mais c'est qu'il est loin, bien loin, d'en être ainsi et je pourrais même ajouter : « *Au contraire !...* »

Le fait fut même reconnu par le ministre du Travail dans sa lettre du 23 septembre 1942 au président du défunt Conseil supérieur de l'Ordre (1). Il lui écrivait en effet :

« *...Je suis d'accord avec vous pour faire cesser des abus manifestes de certains aspects de la médecine d'entreprise.* **Je pense que, sur ce point, une position très précise du Conseil supérieur de l'Ordre serait indispensable.** *Il devrait être envisagé les mesures suivantes :*

— *Interdiction à un médecin ayant des attaches avec une compagnie d'assurance de donner des soins aux blessés contrôlés par cette compagnie d'assurance ;*

— *Interdiction à un médecin ayant des attaches avec une compagnie d'assurance de procéder à des examens de laboratoire systématiques sur les ouvriers assurés à cette compagnie en dehors des cas de contrôle ;*

— *Interdiction à un médecin de donner des soins payants à l'intérieur de l'entreprise, même lorsque le paiement n'est pas effectué par l'ouvrier au médecin et que le remboursement est fait directement par la caisse d'Assurances Sociales ;*

— *Cessation, dans un délai très court, de tout service de soins à domicile organisé par les entreprises ;*

(1) Voir *Bulletin de l'Ordre* d'octobre 1942, pages 164 et suiv.

— **Mesures de contrôle sévères de la part de l'Ordre des médecins** *sur les agissements de certains médecins qui ne donnent aucun soin à l'intérieur de l'usine mais drainent chez eux ou dans leur clinique la clientèle des ouvriers de l'usine et cela au détriment de leurs confrères ;*

— *Suppression de toutes les consultations faites à l'intérieur des usines pour des enfants ou des parents d'ouvriers, sauf lorsque la précarité des ressources médicales locales l'exige* **(cas à trancher par le Conseil de l'Ordre.)**

***

Je veux insister sur les « mesures de contrôle » demandées par le ministre au Conseil de l'Ordre national ainsi que sur « les cas à trancher » par ledit Conseil. A la suite de ces *demandes* il m'apparaît vraiment difficile qu'un autre ministre vienne ultérieurement faire grief à tout Organisme professionnel national, donnant suite au conseil national de l'Ordre, de « mesures de contrôle » qu'il pourrait prendre, en vue d'empêcher de « réels et fréquents abus... »

Mais ce n'est pas tout de faire paraître dans le Bulletin la lettre ministérielle et de laisser ensuite les choses en état, comme si on avait « fait quelque chose »...

N'y aurait-il pas lieu, de la part de cet organisme professionnel national, quel qu'il doive être (la question, si complexe qu'elle soit, en vaut la peine !) de créer une *Commission spéciale* — de quelques membres seulement — chargée d'examiner et de contrôler le bien-fondé des plaintes qui pourraient, en cet ordre d'idée, provenir des médecins praticiens ou de conseils départementaux ou régionaux ? A l'occasion, ne pourrait-il aussi charger un confrère d'une *enquête sur place* en vue de pouvoir, dans la suite, « trancher le cas » comme le spécifie le ministre ? Et, s'il y a lieu, ne pourrait-il parfois saisir le ministre lui-même de certains faits locaux où, à côté de la faute déontologique d'un confrère, d'autres responsabilités sont engagées par la direction d'une usine ou d'un quelconque établissement ?

Ce serait un réel service à rendre à certains confrères isolés dans leur petit pays et brimés, sans vergogne, par certains patrons ou directeurs tout-puissants... Peut-être arriverait-on ainsi à supprimer — ou tout au moins raréfier à l'extrême — par une « position très précise » de l'organisme professionnel national, les « très réels et fréquents abus » signalés par le ministre lui-même... et qui continueront à fleurir de plus belle si on parle — sans agir.

JUSTICE POUR LES SYNDICATS !

Notre Direction a reçu la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer :

La situation si particulière dans laquelle se trouve placé le Corps médical, en raison du retard apporté au rétablissement de son statut national fait que, de tous côtés, l'on s'étonne ; on cherche à expliquer les raisons de cette carence.

J'ai pensé qu'en ma qualité de Président de la Confédération des Syndicats médicaux français, il était de mon devoir de rompre le silence.

Ce n'est pas une défense que je veux présenter : l'œuvre accomplie par nos Syndicats plaide pour nous. C'est une mise au point que justifient les attaques et les incompréhensions qui se manifestent sous la plume de quelques Confrères.

Certains semblent pêcher par ignorance, et nous jugent d'après une documentation trop sommaire. D'autres emboîtent le pas au premier Dictateur à la Santé, le Docteur Huard, et nous calomnient.

Il est temps de nous défendre et de dire la vérité.

J'ai pensé que votre journal, qui fut toujours une libre tribune pour les médecins, et qui a soutenu les efforts de nos Syndicats, était le mieux qualifié pour nous faire entendre.

Si le Corps médical français a échappé aux servitudes qui pèsent si lourdement sur nos Confrères étrangers, c'est aux Syndicats qu'il le doit. Si les médecins ont pu, sans trop souffrir, s'adapter aux lois sociales qui transformaient si profondément la profession, c'est grâce aux Syndicats ; s'ils ont échappé à un contrôle fiscal injustifié et odieux, c'est grâce à l'action opiniâtre de la Confédération.

Si l'Etat a pu, sans difficultés, organiser les Assurances Sociales, la loi sur les Accidents du Travail, la loi des Pensions, et j'en oublie, c'est grâce à l'aide des Syndicats.

Toutes les réalisations accomplies dans ce domaine l'ont été avec le concours du Corps médical organisé.

Je ne veux pas surcharger cette lettre du tableau complet de nos travaux. Si nous n'avons pas fait davantage, c'est que notre puissance était faible, alors que notre courage et notre bonne volonté étaient sans limites.

Les médecins, unis dans leurs Syndicats, ne sont pas des hommes du passé, inaptes aux œuvres de demain. L'esprit social des médecins est indiscutable ; ils sont les mieux placés pour connaître les besoins de la Nation sur leur vaste domaine : Hygiène, Santé, Urbanisme, etc.

Pourquoi la loi sur les Syndicats, qui a rendu la vie à tous ceux qui existaient avant juin 1940, est-elle restée lettre morte pour les seuls Syndicats médicaux ? Avons-nous démérité au point d'être traités en suspects ? Le Gouvernement ignore-t-il le dévouement du Corps médical pendant ces années de dure servitude ?

Dans les pires conditions matérielles, sans moyens de transports, les Médecins ont quand même assuré des soins à tous les Français. Mais à quel prix ! L'avenir le dira. Il n'est pas douteux que, pour beaucoup, c'est au détriment de leur santé, en compromettant leur avenir, en surmenant, en violentant leur organisme qu'ils ont accompli leur tâche. Ne serait-ce pas justice de le reconnaître en leur redonnant, comme à tous les autres citoyens, le droit de s'organiser dans la liberté ?

Dans la société qui s'organise, et dont nous voyons les grandes lignes, nous savons que l'une des premières places doit nous revenir. La santé de la France, dont nous serons les artisans et les gardiens, conditionne sa résurrection.

Mêlés à la population, aussi intimement qu'il est possible, nous connaissons ses besoins, ses doléances et ses espoirs.

Il faut nous faire confiance. Notre passé répond pour l'avenir. Il faut rendre la parole au Corps médical qui saura choisir ses chefs, les plus dignes de parler et d'agir en son nom.

Les Médecins sauront concilier des intérêts qui dans leur esprit ne s'opposent jamais : celui de leur Profession, confondu avec celui de la Santé publique.

Nous avons l'impression qu'il se fait dans l'ombre on ne sait quel travail. Pour dissiper l'inquiétude, il faut agir vite et au grand jour. C'est en pleine lumière, en toute confiance, que la Médecine française libérée doit préparer la voie où elle s'engagera pour le plus grand bien de la Patrie.

D[r] Choyau,
Président de la Confédération des Syndicats médicaux français. Vice-Président du Comité Médico-Social de la Libération de la Vendée.

A TRAVERS L'OFFICIEL

(Suite de la page 597)

Ordonnance du 15 décembre 1944 relative au rétablissement des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes. -

TITRE PREMIER

Dispositions générales

Article premier. — Les syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes existant au 16 juin 1940 et dissous par l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français, sont rétablis dans les droits et attributions qu'ils possédaient à la date de leur dissolution.

Art. 2. — Sous réserve des incapacités formulées par le code du travail et des dispositions des articles 4 et 6 ci-dessous, les membres des bureaux et organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes en exercice au 16 juin 1940 sont également rétablis dans leurs fonctions et mandats.

Art. 3. — Les syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes sont régis par les dispositions du Livre III du Code du travail, sous réserve des dispositions transitoires ci-après.

Art. 4. — Ne pourront faire partie du bureau ou des organismes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, sous quelque forme que leur désignation ait lieu, les personnes qui ont fait l'objet :

Soit d'une sanction disciplinaire ou d'une mesure administrative prononcée en application de l'ordonnance du 27 juin 1944 relative à l'épuration administrative ;

Soit d'une condamnation en application de l'ordonnance du 26 juin 1944, modifiée par l'ordonnance du 14 septembre 1944, relative à la répression des faits de collaboration ;

Soit d'une condamnation pour indignité nationale en application de l'ordonnance du 26 août 1944 instituant l'indignité nationale.

Art. 5. — Les bureaux et autres organismes directeurs de syndicats, unions et fédérations des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes ne pourront reprendre leur activité que sur décision d'une des commissions départementales ou des commissions nationales de reconstitution instituées par la présente ordonnance.

Art. 6. — Jusqu'au renouvellement, par des assemblées générales, des bureaux et organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes. les commissions de reconstitution syndicale prévues dans la présente ordonnance pourront prononcer la déchéance ou l'interdiction du droit de faire partie de ces bureaux et organismes directeurs ou des commissions provisoires de gestion contre toute personne :

1° Qui aura coopéré à la destruction des libertés républicaines, et notamment de la liberté syndicale ;

2° Qui aura coopéré à la déportation des travailleurs français sans chercher à atténuer les ordres reçus ;

3° Qui aura refusé de donner des soins aux malades ou blessés des Forces françaises de l'intérieur et des organisations de résistance ou les aura dénoncés aux autorités ennemies ou à celles de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français.

TITRE II

Reconstitution des organisations syndicales

Art. 7. — En vue d'assurer la reconstitution rapide des organisations syndicales de médecins, il est institué :

1° Une commission nationale de reconstitution des organisations syndicales de médecins, pour les organisations à caractère national ;

2° Des commissions départementales de reconstitution des organisations syndicales de médecins pour les organisations à caractère départemental ou local.

Art. 8. — La commission nationale de reconstitution des organisations syndicales de médecins est composée d'un magistrat de cour d'appel, président, et de six médecins nommés par décret rendu sur proposition du ministre de la Santé publique, après avis du Comité médical de la résistance.

Art. 9. — Chaque commission départementale de reconstitution des organisations syndicales de médecins est composée d'un magistrat des cours et tribunaux, président, et de six médecins nommés par arrêté du ministre de la Santé publique sur proposition du préfet, après avis du Comité médical départemental de la libération.

Art. 10. — La commission nationale et les commissions départementales de reconstitution sont chargées, dans la limite de leur compétence :

1° De l'application des dispositions de l'article ci-dessus ;

2° De la constitution des commissions provisoires de gestion prévues ci-après.

Art. 11. — Les décisions des commissions départementales de reconstitution relatives à la déchéance des membres des bureaux et organisme directeurs ou à la désignation des membres des commissions provisoires de gestion peuvent faire l'objet, par tout intéressé, d'un recours devant la commission nationale de reconstitution pour violation des dispositions de l'article 6 ci-dessus.

Ce recours doit être formé dans les trente jours de la désignation ou de la notification de la déchéance aux intéressés.

Les décisions de la commission nationale de reconstitution relatives aux mêmes objets, rendues soit en premier ressort, soit sur recours formé contre une décision d'une commission départementale, sont définitives.

Le recours formé contre une décision d'une commission départementale n'est pas suspensif de l'exécution provisoire de cette décision.

Art. 12. — Le ministre de la Santé publique, après avis de la commission de reconstitution départementale ou nationale compétente, peut dissoudre le bureau ou autres organes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats.

En cas de dissolution du bureau ou des organes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats, ou lorsque les vacances au sein du bureau ou de l'organisme directeur d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats, par suite de décès, démission ou déchéance, sont supérieures à la moitié du nombre de ses membres, une commission provisoire de gestion est substituée à ce bureau ou à cet organisme directeur jusqu'à ce que la reconstitution de l'organisme intéressé permette son fonctionnement normal.

Art. 13. — Les commissions provisoires de gestion d'une organisation syndicale à caractère départemental ou local sont composées de cinq membres désignés par la commission départementale de reconstitution et nommés par arrêté du préfet.

Les commissions provisoires de gestion d'une organisation syndicale à caractère national sont composées de cinq membres désignés par la commis-

sion nationale de reconstitution et nommés par arrêté du ministre de la Santé publique.

Art. 14. — La commission provisoire de gestion assure la défense des intérêts matériels de l'organisation syndicale et la gestion de ses biens.

Elle prend toutes mesures en vue de la reconstitution normale de cette organisation et, notamment, procède aussitôt que possible à la réunion de l'assemblée générale.

ART. 15. — *Concerne les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les sages-femmes.)*

TITRE III

Dispositions diverses

Art. 16. — Les biens qui appartenaient avant leur dissolution aux syndicats, union ou fédération des syndicats de médecins leur seront rendus selon les modalités prévues par le décret du 25 janvier 1944, complétant le décret du 18 octobre 1943 portant suppression de l'ordre des médecins.

ART. 17. — *(Concerne les praticiens de l'art dentaire, les phar[illegible]ens, les sages-femmes.)*

Art. 18. — Toute sanction au titre de la présente ordonnance ne sera prononcée qu'après qu'il aura été donné connaissance à l'intéressé des faits qui lui sont reprochés et que ses explications auront été recueillies soit verbalement, soit par écrit.

Art. 19. — Sera punie d'une amende de 1.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à cinq ans, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui, en violation d'une décision de déchéance devenue définitive prononcée contre elle par une commission de reconstitution ou prise en exécution des dispositions de l'article 4, continuerait de participer à l'activité d'un bureau ou d'un organisme directeur d'une organisation syndicale de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes.

Art. 20. — Toute personne appelée à déposer comme témoin devant une commission est tenue de déférer à la citation qui lui est signifiée par un huissier ou par un agent de la force publique, à la requête du président de la commission.

Le défaut de comparution sans excuse légitime sera puni dans les conditions prévues à l'article 80 du code d'instruction criminelle.

Art. 21. — Les modalités d'application de la présente ordonnance seront fixées par décret.

(*J. O.*, 17 *décembre* 1944.)

ETUDES MEDICALES

Un arrêté du Ministre de l'Education Nationale du 28 novembre 1944 fixe le programme du certificat d'étude P. C. B.

(*J. O.*, 4 décembre 1944.)

SANTE PUBLIQUE.

NOMINATION DE CONSEILLERS TECHNIQUES PERMANENTS.

Par arrêté du 9 décembre 1944, sont nommés conseillers techniques permanents du ministère de la Santé publique :

M. le docteur Justin Besançon, professeur à la faculté de médecine de Paris.

Mlle le docteur Jeanne Lévy, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

(*J. O.*, 10 décembre 1944.)

DÉSINFECTION

Une circulaire du ministre de la Santé Publique du 6 décembre 1944 fixe les conditions d'emploi de l'acide cyanhydrique ou de ses dérivés pour la désinfection des locaux d'habitation.

(*J. O.*, 10 décembre 1944.)

ECHOS & COMMENTAIRES

A LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU. — NI PROVISOIRE, NI TRANSITOIRE : DU DÉFINITIF ! — POUR UNE AUGMENTATION GÉNÉRALE DES TARIFS. — UNE REGRETTABLE ORDONNANCE. — POUR LES MÉDECINS RELEVEURS. — L'IRRITANTE QUESTION DES TRANSPORTS. — UNE LOUABLE INITIATIVE.

Ainsi donc, la voilà sortie, cette ordonnance sur le rétablissement des syndicats, dont à tout instant, depuis trois mois et plus, l'imminente publication était attendue. Ne marchandons pas notre joie.

Comment toutefois ne pas nous demander quelle peut être dans ces conditions l'utilité du texte *paru cinq jours avant cette ordonnance*, qui crée des organismes transitoires de gestion pour la profession médicale « en attendant, nous dit l'exposé des motifs, la nouvelle réglementation en préparation ».

« Très simple, diront les optimistes. Du fait même de la publication de l'ordonnance du 15 décembre sur le rétablissement des syndicats, l'ordonnance du 11 décembre sur les organismes transitoires est devenue sans objet, tout au moins en tant qu'elle institue des Conseils départementaux chargés de la défense et de la gestion des intérêts professionnels, lesquels feraient double emploi avec les syndicats rétablis. » Puissent-ils dire vrai. Puissent les organismes de la loi du 11 décembre ne vivre que ce que vivent les roses...

Mais tenir ce langage c'est, à notre avis, mal connaître les lenteurs, de la machine législative ou administrative. C'est oublier la multitude des textes d'application nécessaires à la mise en vigueur de l'ordonnance du 15 décembre... Ah ! ils ont le temps de se mettre en place et de fonctionner, les organismes transitoires de gestion !

De tels retards eussent pu être évités si l'ordonnance du 28 août 1944 publiée à Alger, dont nous avons donné le texte dans notre « Documentation Professionnelle Permanente » *et dont la substance est intégralement reprise par l'ordonnance du 15 décembre*, avait été plus rapidement promulguée en France et exécutée, au lieu d'être fâcheusement mise sous le boisseau.

Nous ne devons pas être les seuls à regretter ces lenteurs, et M. le Ministre de la Santé publique tout le premier, qui, dès le 20 septembre, par circulaire RF n° 159 adressée à tous les préfets, se préoccupait de procéder au plus tôt à la nomination des Commissions de reconstitution syndicale, en exécution de l'article 8 de l'ordonnance du 28 août dont un exemplaire avait été envoyé aux préfectures dès le 8 septembre !

Ainsi, à fin décembre 1944, ne sommes-nous pas encore revenus au point atteint dès le 20 septembre. Las ! que de temps perdu, mais qui, à vrai dire, ne l'a peut-être pas été pour tout le monde...



Parmi les bénéficiaires de ces curieux détours, il faut citer les collectivités qui ont avec le corps médical certaines divergences d'intérêts, et notamment les Assurances sociales.

Certains organismes médicaux, tant à Paris qu'en province, et malgré leur caractère provisoire, ont, il est vrai, émis la prétention, en gérantes affaires courantes, de reconduire certaines conventions, avec les Assurances sociales notamment. Mais il est symptomatique de noter qu'aucun empressement ne se manifeste de l'autre côté pour procéder à ces reconductions ou même plus simplement pour continuer l'exécution des conventions en cours.

Au contraire, profitant du désarroi dans lequel se trouve à l'heure actuelle la profession médicale, l'Union régionale des Caisses de la région parisienne, répondant à l'augmentation des honoraires médicaux minima qui vient d'être décidée, a en quelque sorte rompu l'accord souscrit : n'a-t-il pas été question « *de saisir les ministres du Travail, de la Santé publique et des Finances, de leur signaler la situation qui découle de l'attitude du corps médical de façon à obtenir le tarif opposable..., de faire appuyer les démarches par les syndicats ouvriers, etc.* ».

On voit combien il serait urgent que les médecins fussent dûment et valablement représentés ; ne serait-ce que pour que leurs représentants, comme au bon vieux temps de la réforme de la loi sur les accidents du travail, puissent reprendre avec les dirigeants des syndicats ouvriers des contacts qui se sont révélés, à l'époque, fructueux. Les Assurances sociales auraient, en effet, tort de s'imaginer qu'elles innovent furieusement en recherchant l'alliance des syndicats ouvriers. Les médecins, quant à eux, y avaient déjà songé depuis longtemps, et nous sommes persuadés qu'ils auraient plus à gagner qu'à perdre en informant objectivement et complètement les travailleurs de la question des honoraires médicaux en matière de médecine sociale.



Une représentation officielle et stable du corps médical aurait en outre l'avantage de permettre à l'ensemble de celui-ci de bénéficier d'une augmentation d'honoraires, calquée sur celle qui vient d'être décidée dans la région parisienne. La légitimité d'une telle augmentation ne peut se discuter en présence de l'ascension continuelle du coût de la vie, des difficultés sans cesse croissantes d'exercice et surtout de déplacements, et à la suite de l'augmentation substantielle récente de tous les salaires.



Une ordonnance publiée au *Journal Officiel* du 28 novembre dernier et mentionnée dans notre dernier numéro « constate expressément la nullité des actes dits lois du 7 mars 1942, 16 mars et 30 juin 1944, modifiant la loi du 5 août 1890 sur le casier judiciaire ».

Nous ne sommes pas particulièrement chatouilleux sur les « actes », qu'ils soient lois ou ordonnances, concernant le casier judiciaire. Toutefois l'acte dit loi du 30 juin 1944 nous tenait quelque peu à cœur, car il faisait droit à une sugges-

tion du CONCOURS MÉDICAL et nous l'avions salué avec une légitime satisfaction.

Au temps de l'Ordre, l'inscription au tableau comportait, on s'en souvient, la présentation d'un extrait du casier judiciaire. Or le bulletin n° 3 que l'on délivre sur sa demande à l'intéressé ne mentionne pas les condamnations amnistiées ou effacées, aux termes mêmes de la loi, après un certain laps de temps. Seul le bulletin n° 2, fourni à la demande de certains organismes désignés, est le reflet du passé judiciaire. La pièce exigée par l'Ordre étant manifestement destinée à faciliter une appréciation de la moralité du candidat, nous avions suggéré (*Conc. Méd.*, 1er mai 1944, p. 241) que le bulletin n° 2 fût fourni à la requête du Conseil de l'Ordre. Et la loi du 30 juin 1944 en ordonnait ainsi. Qu'elle soit aujourd'hui annulée, le mal n'est, en somme, pas grand puisqu'il n'y a plus ni Ordre ni tableau. Mais cette situation anarchique est si pleine d'inconvénients que de toutes parts l'on souhaite d'en voir la fin.

Il est à espérer que le tableau sera remis en vigueur et qu'un conseil surveillera les inscriptions. Nous voulons croire que dans le texte d'ensemble instituant l'un et l'autre seront reprises les dispositions de la loi du 30 juin dernier et que ce conseil sera de nouveau habilité à demander au greffe le bulletin n° 2.

En ces temps où nous traverse un grand besoin d'épuration, il serait paradoxal de refuser à un corps professionnel un moyen simple de se garder propre.



Nous avons signalé dès le 15 novembre dernier le véritable déni de justice dont sont actuellement victimes les médecins partis en Allemagne relever leurs confrères prisonniers. Ces médecins ne sont, en effet, plus à l'heure actuelle protégés par la loi du 28 août 1942. Nous disions regretter profondément une sévérité qui paraissait procéder d'une appréciation erronée du rôle exact des médecins releveurs et de l'esprit qui les poussa à accepter ou même à rechercher cette mission.

Nous avons reçu l'approbation enthousiaste de deux médecins ex-prisonniers, qui nous ont décrit avec chaleur quelle fut leur joie lorsqu'ils virent arriver leur jeune confrère qui leur ouvrait la route de France, et quelle est leur reconnaissance à son égard.

Aussi avons-nous été particulièrement heureux de lire dans LE MÉDECIN FRANÇAIS du 25 novembre 1944, sous la signature de M. le Médecin lieutenant-colonel Debenedetti, directeur général du Service de Santé de l'armée, les lignes suivantes :

« *N'oublions pas, enfin, les jeunes médecins militaires pour la relève en Allemagne : ils sont plus de 300. Grâce à eux, des médecins prisonniers ont pu rentrer en France et prendre part à la résistance. Ces jeunes médecins militaires qui sont partis en Allemagne, je les connais bien. Je les ai accompagnés au train ; avant leur départ, je leur ai passé des consignes de résistance : je m'en porte garant.* »

Nous ne doutons pas que, dans un avenir proche, une heureuse évolution s'étant faite dans les esprits, nous n'obtenions en faveur des médecins partis pour la relève, une réforme de la législation actuelle sur les médecins prisonniers



La course aux S.P. est ouverte et soulève les passions. La libération ne nous a pas libérés de cette sorte d'aigreurs intestines.

Dans la Seine 800 gagnants ont d'abord été proclamés. Le concert d'invectives a été si nourri que les autorités ont jugé opportun d'en ajouter un millier d'autres. Mais ceux qui deux fois de suite viennent de se voir déclarer «indignes» n'en sont devenus que plus irritables. Et ils demandent quel est le test officiel du droit à l'auto. L'âge ? Le nombre d'enfants ? Le chiffre d'affaires ? Ou bien, faut-il admettre le coefficient particulièrement efficace des relations amicales ?



Nous sommes informés que, dans la Marne, un nouveau syndicat vient de voir le jour, non sans qne ses fondateurs alent eu à surmonter bien des obstacles. Il groupe déjà la nette majorité de nos confrères marnais et son recrutement est loin d'être clos. Toutes nos félicitations aux actifs animateurs de ce jeune organisme. Nous souhaitons que leur exemple soit suivi dans tous les départements français.

DEMANDES ET OFFRES

N° 222. — Cherche banl. paris. à reprend. poste médic. gén. bon rapport ou collab. en vue success., ou échange contre poste médec. gén. campagne région Centre.

N° 223. — Rég. Sud-Ouest. Grosse client. chef l. de cant. méd. gén., radiogr., agents phys. modern., tt. install. appareill. médico chirurg. compl. à céder urg. Ecr. bur. du journ. qui transm.

N° 224. — Drôme. Après décès, poste médec. génér. à reprendre de suite.

N° 225. — Après décès belle client. à reprend. dans ville de Charente.

N° 226. — Jeune médec., prisonn. rapatrié, cherche dans Paris ou prochs banl. client. à reprend. ou remplacem. ou aide avec possibil. success. Ecr. bur. du journ. qui transm.

N° 227. — Fille de doct. ayant longue prat. de la visite médic. désirer. consacrer son activité et son expér. à bon laboratoire. Ecr. Mme Grenier, chez Mme Mathieu, 85, bd Chave à Marseille.

N° 228. — A vend. ensemble ou séparém. roue d'auto rayonn. 5 trous, chambre, pneu 4,75 × 17, ou échanger. contre roue 4 trous, chambre pneu 12 × 45, très bon état.

N° 229. — Eure. Urgent. Très bon poste méd. gén. à reprend., aucun compt. exigé.

N° 230. — Limousin. Poste médic. en plein rendem. à céder, grande maison, locat. 4.000 fr.

N° 231. — Recherche appareils suiv. en bon état de fonctionn. : 1° radiothérapie pénétr. 200 kilovolts ; 2° appar. de radio-diagnostic à 2 ou 4 kénotrons. Ecr. au bur. du journ. qui transm.

N° 232. — J. médec. échanger. contre client. Paris ou banlieue proche, très bonne client. rurale, rég. Sud-Ouest.

N° 233. — Demande pour durée hostilités, chirurgien pour remplacer chirurgien déporté. Ecrire Mme Paul Lohéac, à Gourin (Morbihan).

Gérant : J. MIGNON
Février 1879 Dépôt légal : N° 3 4e trimestre 44

G. BLANCHONG & Cie, 30, Rue du Poteau, Paris — 31.1040
N° au C. O. L. : 31.0044

LE CONCOURS MÉDICAL

TABLE DES MATIÈRES

Année 1944

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans « LE CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — **Les travaux originaux sont indiqués en *italiques*.**

ANNÉE 1944

Cette table contient quatre parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle III. Documentation professionnelle. — IV. Noms des Auteurs. — V. Bibliographie.

I
Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

T

T

U

V

Y

II
Partie Professionnelle

Dans chaque rubrique alphabétique, on pourra trouver en marge les mentions L. A. C. E. *Celles-ci désignent respectivement* : L., *les documents législatifs* (*A travers l'*Officiel). — A., *les articles originaux, dont le titre est d'ailleurs composé* en italiques. — C, *les extraits de la « Correspondance »*. — E, *les extraits des « Echos et Commentaires »*.

A

C

P

R

S

III
Documentation professionnelle

IV
Noms des Auteurs

L

M

N

P

R

S

T

V

W

V
Bibliographie

Le Gérant : J. Mignon

IMPRIMERIE THIRON ET Cie, CLERMONT (OISE)
Février 1879 — Dépôt légal : N° 3 — 44-4
N° au C. O. L. : 31.0044

N° d'ordre : 6

PRIX : 6 Francs

La DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE du MÉDECIN PRATICIEN

379 à 381

Editée par le CONCOURS MÉDICAL

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS-IXe

LES IMPOTS DU MÉDECIN

LA DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN
Editée par le CONCOURS MÉDICAL

LES IMPOTS DU MÉDECIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Le régime actuel des impôts du Médecin

Depuis le dernier fascicule consacré par nous à cette question, le régime fiscal des professions libérales a attiré à diverses reprises l'attention du législateur. On ne peut point dire d'ailleurs que les médecins aient toujours eu à s'en louer. Nous rappellerons en effet que la loi de finances du 31 décembre 1941, considérant sans doute le corps médical comme le principal responsable du déficit budgétaire, s'était particulièrement attachée à resserrer le réseau du contrôle fiscal en ce qui les concerne. Poussé par un esprit de fiscalité outrancière, l'Administration n'avait reculé devant aucun moyen, même vexatoire, pour arriver à ses fins. Le médecin devait délivrer à chaque client, contrairement à toutes les coutumes de sa profession, un reçu extrait d'un carnet à souches ; il était légalement obligé d'inscrire sur les feuilles de maladie des assurances sociales le montant des honoraires perçus par lui, afin que les caisses puissent se transformer, au reste de fort bon gré, en auxiliaire du fisc. Enfin le client lui-même était intéressé dans l'opération puisqu'on l'autorisait à déduire de son revenu taxable un tiers des honoraires versés par lui à des médecins pendant l'année précédente.

Une réaction très vive ne manqua point de se produire chez les assujettis, et la loi ne put suffire à implanter dans les mœurs ce reçu aussi mal commode qu'injurieux. Les organismes professionnels, les ministères eux-mêmes s'émurent de cet échec qui eut sa part, non négligeable, dans ce que l'on appela à l'époque le malaise médical. Aussi ne doit-on point s'étonner que le Docteur Grasset, à son accession au poste qu'il occupe encore aujourd'hui, ait fait dans le plan de réforme qu'il exposa lors de la conférence d'Aurillac, une large place à la rubrique fiscale.

De son côté l'Administration se laissa facilement convaincre de l'inopportunité de mesures dont elle avait pu juger facilement en pratique le caractère inopérant. Elle vit avec faveur le nouveau régime qu'on lui proposait : nous avons nommé le régime du forfait.

Le mot plaît volontiers par ce qu'il suppose de simplicité, de rapidité et surtout de tranquillité pour le contribuable, lequel, étant médecin, semble frappé d'une incapacité congénitale en matière financière et comptable. Cependant ce mot recouvre à vrai dire des réalités fort différentes. Certains avaient proposé (et notamment le Conseil supérieur de l'Ordre) l'application du principe forfaitaire au calcul des frais professionnels déductibles. Ce n'était là que résoudre la moitié du problème, encore s'agissait-il de la moitié la moins sujette à contestations. Le côté le plus critique de la déclaration du médecin est en effet le côté recettes et il faut savoir que le fisc est doué en cette matière d'armes puissantes lui permettant de fixer presque arbitrairement ce chiffre, tous moyens de recours après décision de la Commission départementale des impôts directs étant à la vérité d'une efficacité plus théorique que pratique.

C'est pourquoi le régime du forfait s'est étendu à la totalité du problème. En principe l'Administration évalue donc forfaitairement, d'accord avec le contribuable, et après avis d'un délégué du Conseil départemental, le montant du bénéfice net de l'intéressé. Toutefois cette évaluation aurait pu dans certains cas aboutir à des injustices, aussi la loi a-t-elle prévu fort sagement une soupape en laissant au contribuable la possibilité de se placer sous le régime antérieur de la déclaration du bénéfice réel.

Le forfait médical actuel appelle à notre sens un certain nombre de critiques. Ses avantages apparents se réduisent somme toute à peu de choses lorsqu'on l'examine de près : il ne supprime point la nécessité de faire chaque année au fisc la déclaration de son chiffre brut de recettes, non plus que l'obligation d'en tenir comptabilité régulière sur le livre-journal. Fixé pour deux ans en principe, il peut être dénoncé chaque année, et le sera fatalement dès lors que la déclaration fera apparaître une augmentation de recettes, en sorte que toute la longue et périlleuse procédure pour l'établissement du forfait (dès lors que le contribuable ne s'en remet pas purement et simplement au fisc) peut se renouveler elle aussi chaque année. Le fisc enfin semble avoir confondu généralement chiffre de recettes et bénéfice net et ne point tenir compte de la croissance inéluctable des frais professionnels.

Le seul avantage notable à notre sens (et nous reconnaissons qu'il n'est point négligeable) est que le forfait une fois calculé et accepté par le fisc n'est plus susceptible de révision ultérieure, alors que le bénéfice net déclaré est actuellement toujours sujet à révision.

Mais la réforme fiscale opérée par la loi du 26 décembre 1942 ne s'est pas bornée à instaurer le forfait et à abroger les anciennes mesures de contrôle instituées en 1941. Elle a également officialisé la préconciliation fiscale, en confiant ce rôle à un délégué du Conseil régional de l'ordre. On peut beaucoup attendre de cette institution, tant pour la détermination du forfait, que pour obvier aux rehaussements arbitraires. Encore faudrait-il que les préconciliateurs veuillent bien consacrer à cette lourde fonction toute l'attention et le soin qu'elle requiert. Trop souvent, en effet, nous voyons méconnaître à ce stade de la procédure les règles les plus élémentaires de la procédure et les droits de la défense, ce qui est d'autant plus grave que l'avis du préconciliateur ne peut manquer d'influer sur la décision de la redoutable Commission départementale. On sait en effet que cette dernière renverse par sa décision la charge de la preuve, et que, malgré une forte représentation, les contribuables y sont en minorité, la présidence appartenant, avec voix prépondérante, non plus comme autrefois à un magistrat impartial, mais à un agent de l'Administration. Il y a là encore matière à réforme, et l'on peut regretter que la loi de 1942 n'ait point poussé sa tâche jusqu'à son terme ultime.

Jean Mignon.



LES IMPOTS DU MÉDECIN

I. La Patente

L'impôt des patentes n'est plus un impôt d'Etat, mais un impôt communal et départemental. Cet impôt consiste en « centimes additionnels » à l'ancien impôt d'Etat, qui continue à être établi de manière fictive (« principal fictif » ou « anciens droits »), pour servir de base de calcul. Il y a donc lieu d'étudier les règles qui régissaient ces « anciens droits ». L'impôt à payer s'en déduit immédiatement en multipliant le principal fictif par les centimes locaux.

1° Qui doit payer patente?

Décret du 27 décembre 1934
portant codification des impôts directs

ART. 257. — Tout individu, Français ou étranger, qui exerce en France un commerce, une industrie, une profession, non compris dans les exceptions déterminées par le présent Code, est assujetti à la contribution des patentes.

Exemptions

ART. 264. — Ne sont pas assujettis à la patente :

1° Les fonctionnaires et employés salariés soit par l'Etat, soit par les Administrations départementales et communales, en ce qui concerne seulement l'exercice de leurs fonctions ;

....

14°.— ....

Les commis et toutes les personnes travaillant à gages et à la journée, dans les maisons, ateliers et boutiques des personnes de leur profession.

MASSEUR. — EXERCICE DE LA MÉDECINE. — ABSENCE DE DIPLOME. — PATENTE DE MÉDECIN.

Un masseur, qui ne se borne pas à donner des soins de massage mais se livre au diagnostic de maladies et prescrit certains traitements dont il fait lui-même l'application, est passible de la patente en qualité de médecin. Le fait qu'il ne possède pas de diplôme et que la pratique de la profession médicale lui soit interdite par la loi, ne fait pas obstacle à ce qu'il soit regardé comme ayant exercé ladite profession.

(Conseil d'Etat, 16 janvier 1939).

MÉDECIN-FONCTIONNAIRE. — MÉDECIN D'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS. — EXONÉRATION.

Les médecins des asiles départementaux d'aliénés, ayant la qualité de fonctionnaires, sont exonérés de l'impôt des patentes dès lors qu'ils n'ont pas de clientèle particulière.

(Conseil d'Etat, 9 mai 1913.)

MÉDECIN ATTACHÉ A UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ. — MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ. — MÉDECIN D'UNE COMPAGNIE DE NAVIGATION. — EXONÉRATION.

Le médecin au service d'une maison de santé ou d'une compagnie de navigation, qui n'a pas de clientèle particulière, est fondé à demander l'exonération prévue par l'art. 17 de la loi du 15 juillet 1880 (art. 264 du décret de codification) en faveur des commis à gages, et ne peut être imposé à la contribution des patentes.

(Conseil d'Etat, arrêts des 15 décembre 1916 et 30 janvier 1929.)

MÉDECIN ATTACHÉ A PLUSIEURS COMPAGNIES D'ASSURANCES OU DE CHEMINS DE FER. — COMMIS A GAGES. — ABSENCE DE CLIENTÈLE PARTICULIÈRE. — EXONÉRATION.

Le médecin, lié avec plusieurs compagnies d'assurances et compagnies de chemins de fer ou diverses entreprises industrielles, par des contrats déterminant ses attributions et le périmètre dans lequel elles doivent s'exercer, dès lors qu'il n'a pas de clientèle particulière, et que ses émoluments consistent en des appointements fixes et en des honoraires proportionnels aux consultations et visites, versés par les divers organismes qui ont recours à lui, doit être regardé comme leur commis à gages, sans que la circonstance qu'il soit lié à plusieurs commettants soit de nature à modifier sa situation juridique vis-à-vis de chacun d'eux. Il doit donc être exonéré de la patente.

(Conseil d'Etat, arrêt du 6 janvier 1936 ; arrêt du 21 décembre 1939. Aff. T.)

MÉDECIN ASSISTANT. — MÉDECIN REMPLAÇANT. — EXONÉRATION

Le médecin assistant ou remplaçant un confrère n'est pas patentable, dès lors qu'il ne reçoit qu'un honoraire fixe, et n'a pas de clientèle à son nom.

(Conseil d'Etat, 28 mars 1928.)

2° Calcul de la patente

La contribution des patentes se compose d'un droit fixe et d'un droit proportionnel. Leur total forme le principal fictif ou « anciens droits » qui, multipliés par les centimes additionnels, donne l'impôt à payer. Nous étudierons successivement ces deux droits.

a) Le droit fixe

Code des impôts directs

ART. 266. — Le droit fixe est établi :

Eu égard à la population et d'après un tarif général, pour les industries et professions énumérées dans le tableau A ;

Eu égard à la population et d'après un tarif exceptionnel, pour les industries et professions portées dans le tableau B ;

Sans avoir égard à la population, pour celles qui font l'objet du tableau C.

ART. 267. — Pour les professions dont le droit fixe varie en raison de la population du lieu où elles sont exercées, les tarifs sont appliqués d'après la population qui a été déterminée par le dernier décret de dénombrement.

Néanmoins, lorsque ce dénombrement fait passer une commune dans une catégorie supérieure à celle dont elle faisait précédemment partie, l'augmentation du droit fixe n'est appliquée que pour moitié pendant les cinq premières années.

La réduction du droit fixe, prévue à l'alinéa précédent, est étendue, dans les villes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, aux portions de territoire qu'un nouveau dénombrement fait passer de la partie non agglomérée dans la partie agglomérée.

Dans les communes dont la population totale est de plus de 5.000 âmes, les patentables exerçant dans la partie non agglomérée, telle qu'elle résulte des tableaux de dénombrement, des professions imposées eu égard à la population, payent le droit fixe d'après le tarif applicable à la population non agglomérée.

Les patentables exerçant lesdites professions dans la partie agglomérée payent le droit fixe d'après le tarif applicable à la population totale.

ART. 268. — Le patentable qui, dans le même établissement, exerce plusieurs commerces, industries ou professions ne peut être soumis qu'à un seul droit fixe. Ce droit est le plus élevé de ceux qu'il aurait à payer s'il était assujetti à autant de droits fixes qu'il exerce de professions.

. . . .

ART. 269. — Le patentable ayant plusieurs établissements, boutiques ou magasins de même espèce ou d'espèces différentes est, quel que soit le tableau auquel il appartient comme patentable, passible d'un droit fixe en raison du commerce, de l'industrie ou de la profession exercée dans chacun de ces établissements, boutiques, magasins.

Les droits fixes sont imposables dans les communes où sont situés les établissements, boutiques, magasins qui y donnent lieu.

TABLEAUX ANNEXES (Tableau B)

Professions imposées eu égard à la population et d'après le tarif exceptionnel

CHIRURGIEN, MÉDECIN, DENTISTE	DROIT FIXE (Taxe déterminée)
A Paris	140 »
Dans les communes au-dessus de 100.000 âmes	100 »
Dans les communes de 50.001 à 100.000 âmes	80 »
Dans les communes de 30.001 à 50.000 âmes	60 »
Dans les communes de 20.001 à 30.000 âmes	40 »
Dans les communes de 10.001 à 20.000 âmes	30 »
Dans les communes de 5.001 à 10.000 âmes	25 »
Dans les communes de 2.001 à 5.000 âmes	22 »
Dans les communes au-dessous de 2.000 âmes	18 »

MÉDECIN EXERÇANT DANS PLUSIEURS LOCAUX. — IMPORTANCE PRIMORDIALE DE LA PERSONNALITÉ DU MÉDECIN. — ETABLISSEMENT INDIVISIBLE. — PLURALITÉ DE DROIT FIXE (NON).

3.207. — M. Georges DENTU, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances, s'il y a établissement distinct, au sens de la loi du 15 juillet 1880, et, par suite, s'il y a lieu à l'imposition de plusieurs taxes déterminées : 1° lorsqu'un médecin exerçant seul donne des consultations à son domicile et dans un autre local de la même localité ; 2° lorsque le médecin a un assistant rémunéré par un traitement fixe et que les consultations dans les deux locaux ne sont jamais faites simultanément. *(Question du 18 juin* 1935.)

Réponse. — Etant donné l'importance primordiale que prend, en général, dans la profession de médecin la personnalité du patentable, on doit admettre que, le plus souvent, l'établissement suit en quelque sorte le praticien et est indivisible. Toutefois, lorsqu'on se trouve, dans une même commune ou dans des communes différentes, en présence de centres d'affaires différents, comportant une clientèle propre et formant vis-à-vis de cette clientèle comme au regard des concurrents, autant d'organismes complets, on peut conclure à l'existence d'établissements distincts, exploités d'une manière régulière, quoique intermittente, et motivant chacun l'application d'un droit fixe. C'est conformément à ces principes que doit être appréciée la situation du médecin envisagé, au regard de la contribution des patentes ; le fait qu'il aurait un assistant étant d'ailleurs sans influence en la circonstance, dès l'instant où cet aide n'exerce pas habituellement seul dans l'un des cabinets de consultation.

(*J. O.*, 29 novembre 1935.)

ETABLISSEMENTS DISTINCTS. — PLURALITÉ DE DROITS FIXES. — CONDITIONS.

Doit être considéré comme un établissement distinct, au sens de l'art. 269 du Code des impôts directs, donnant lieu à un droit fixe spécial, un cabinet médical qu'un médecin, installé à Paris, possède dans une ville de province, qui est signalé par une plaque, où le médecin reçoit périodiquement la clientèle qui lui est adressée par des correspondants régionaux, et où il effectue d'une manière régulière, sinon continue, les actes essentiels de sa profession.

(Conseil d'Etat, arrêt du 18 juillet 1938.)

b) Le droit proportionnel

Code des impôts directs

Art. 273. — **Le droit proportionnel est établi sur la valeur locative des magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.**

Il est dû lors même que les locaux occupés sont concédés à titre gratuit.

La valeur locative est déterminée soit au moyen de baux authentiques ou de déclarations de locations verbales dûment enregistrées, soit par comparaison avec d'autres locaux dont le loyer aura été régulièrement constaté ou sera notoirement connu, et, à défaut de ces bases, par voie d'appréciations.

....

Art. 276. — Le droit proportionnel est payé dans toutes les communes où sont situés les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice des professions imposables.

Art. 277. — Le patentable qui exerce, dans un même local ou dans des locaux non distincts, plusieurs industries ou professions passibles d'un droit proportionnel différent, paye ce droit d'après le taux applicable à la profession qui comporte le taux le plus élevé.

Dans le cas où les locaux sont distincts, il paye pour chaque local le droit proportionnel attribué à l'industrie ou à la profession qui y est spécialement exercée.

Tableau des droits proportionnels

(*établi par le décret-loi du* 30 *octobre* 1935 *et modifié par l'art.* 13 *de la loi du* 31 *décembre* 1937)

Communes où est exercée la profession	Fraction de la valeur locative de l'ensemble de l'établissement	Taux
Paris	Comprise entre 0 et 4.000 francs	20e
	Comprise entre 4.000 et 6.000 francs	10e
	Supérieure à 6.000 francs	8e
Communes de plus de 100.000 habitants	Comprise entre 0 et 3.000 francs	20e
	Comprise entre 3.000 et 4.500 francs	10e
	Supérieure à 4.500 francs	8e
Communes de 100.000 habitants et au-dessous	Comprise entre 0 et 2.400 francs	20e
	Comprise entre 2.400 et 3.600 francs	10e
	Supérieure à 3.600 francs	8e

Assiette du droit proportionnel

Loi du 6 *juillet* 1934

Art. 4. — **A partir du 1er janvier 1935, le droit proportionnel de patente cessera d'être établi sur la valeur locative des habitations des patentables.**

Tableau D. — Droit proportionnel

(*Décret du* 27 *décembre* 1934)

Exemptions

Sont exempts du droit proportionnel :

Les chirurgiens, médecins et officiers de santé pour les dispensaires et cliniques affectés exclusivement au traitement gratuit des malades.

Assiette de la patente. — Valeur locative des locaux dont le patentable a, a un titre quelconque, la disposition.

Le médecin qui donne, dans un local loué par l'un de ses confrères, des consultations régulières et qui dispose à cette occasion de la totalité de ce local, est imposable au droit proportionnel de patente d'après la totalité de la valeur locative dudit local, bien qu'il n'en ait la disposition que pendant un temps limité.

(Conseil d'Etat, 1er juillet 1935.)

Un local est passible du droit proportionnel de patente pour sa valeur locative totale, nonobstant le fait que l'on n'en puisse disposer que pendant un temps limité.

(Conseil d'Etat, 9 janvier 1939. Aff. B.)

Assiette de la patente. — Garage de la voiture professionnelle

Est soumis au droit proportionnel de patente sur la valeur locative, l'emplacement occupé dans un garage public, par la voiture automobile du patentable, lui servant pour l'exercice de sa profession, même si la place occupée n'est pas fixe, et nonobstant le fait que cette valeur locative ait été retenue pour l'établissement de la patente du garagiste.

(Conseil d'Etat, arrêts des 13 janvier et 11 mai 1936.)

Assiette de la patente. — Valeur locative. — Loyer supérieur au taux légal. — Droit calculé sur la valeur légale.

Un loyer supérieur au maximum légal prévu par la législation réglant les rapports entre bailleurs et locataires ne peut être pris en considération pour déterminer la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente. Celui-ci doit être calculé sur le taux légal du loyer.

(Conseil d'Etat, 22 décembre 1934. Aff. D.)

Assiette de la patente. — Valeur locative. Charges

Le droit proportionnel de patente doit porter non seulement sur le montant du loyer en principal mais encore sur les charges qu'un propriétaire fait payer en son acquit à son locataire.

En particulier, en est-il ainsi de l'impôt foncier mis par le propriétaire à la charge de son locataire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 10 décembre 1934.)

Charges entrant dans l'assiette de la patente. — Charges payées par le locataire en acquit du propriétaire.

1.936. — M. Gresa demande à M. le ministre des Finances quelles sont, en principe et dans leur détail, les charges locatives qu'il convient d'ajouter au principal d'un loyer commercial pour déterminer la valeur locative sur laquelle doit être assis le droit proportionnel de patente des petits commerçants et des artisans ; et ajoute qu'en l'absence de textes législatifs précis dans cette matière, les indications sollicitées seraient de nature à dissiper les conflits qui s'élèvent journellement à cet égard entre les contribuables et l'Administration des Contributions directes, par suite des différences d'interprétation. *(Question du* 12 janvier 1937.)

Réponse. — Les charges à ajouter au montant en principal d'un loyer commercial pour la détermination de la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente sont, en principe, celles qui, incombant normalement au propriétaire, sont supportées par le locataire en vertu des conventions et se trouvent ainsi représenter en fait un supplément de loyer. Tels sont notamment, d'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, les impôts et, en particulier, l'impôt foncier, les primes d'assurance immobilière, le salaire du concierge, les frais de vidange, les frais de balayage, d'éclairage et de chauffage des escaliers, vestibules et autres locaux à usage commun, les frais d'ascenseur, de tapis et de monte-charge. Mais cette énumération n'est évidemment pas limitative et, dans le cas où une divergence de vues survient à cet égard entre un agent de l'Administration et un contribuable, celui-ci a toujours la faculté, si le désaccord existe, de le faire trancher par les tribunaux administratifs (*J. O.*, 9 juin 1937).

Note. — *Cette réponse vise des locaux commerciaux, mais les principes sont exactement les mêmes en ce qui concerne les locaux professionnels.*

c) Dégrèvement sur le principal fictif

Décret-loi du 21 *avril* 1939
portant dégrèvement sur la patente

Art. 1er. — Pendant toute la durée d'application de la taxe d'armement de 1 %, **le principal fictif de la contribution des patentes,** déterminé comme il est dit à l'art. 311 du code des impôts directs, **sera réduit de 20 %,** pour le calcul des impositions départementales et communales dues au titre de 1940 et éventuellement de chacune des années ultérieures.

. . . .

Note. — *Ce décret n'a fait l'objet depuis lors d'aucune abrogation. Nous devons donc le considérer comme ayant conservé toute sa valeur. La taxe d'armement a seulement été modifiée par une loi du* 26 *juillet* 1940 *et s'appelle dorénavant « taxe sur les transactions », mais ce changement de dénomination ne saurait avoir d'effet sur l'applicabilité de la réduction. Celle-ci doit se calculer sur la somme du droit fixe et du droit proportionnel, et c'est le principal ainsi obtenu qui doit être multiplié par les centimes additionnels pour donner le montant de l'impôt. Toutefois, d'après des instructions administratives, la réduction serait appliquée en fait sur les centimes additionnels. Le résultat est théoriquement le même, mais la vérification est plus difficile.*

d) Dégrèvement exceptionnel du temps de guerre

Loi du 22 *octobre* 1940
portant dégrèvements en matière d'impôts directs

Art. 5. — **A partir du 1er janvier 1940 et jusqu'au 31 décembre de l'année de la cessation des hostilités** les patentables,exploitant les mêmes établissemebts qu'en 1938, ou, à défaut, qu'en 1939, et dont le chiffre d'affaires ou **le montant brut des recettes professionnelles aura diminué d'au moins un tiers par rapport à celui de l'année 1938, ou, à défaut, de l'année 1939,** auront droit à une atténuation de patente et des taxes annexes **en proportion de la diminution constatée.**

Nonobstant les dispositions de la loi du 17 septembre 1940 relatives à la suspension des délais, **les demandes d'atténuation seront présentées dans les trois premiers mois de chaque année, pour l'année précédente.**

Ces demandes devront être accompagnées d'une quittance du percepteur établissant que le réclamant s'est acquitté de la fraction des droits excédant celle dont il sollicite le dégrèvement. Elles seront, en outre, appuyées des justifications utiles. Elles seront instruites et jugées comme les demandes en décharge ou en réduction en matière de contributions directes.

En aucun cas, l'application dudit article ne pourra avoir pour effet de diminuer les dégrèvements accordés au titre des dispositions antérieures.

3° Personnalité. — Annualité

a) De la personnalité de la patente

Code des impôts directs

Art. 282. — Les patentes sont personnelles et ne peuvent servir qu'à ceux à qui elles sont délivrées.

Art. 283. — Les mari et femme séparés de biens ne doivent qu'une patente, à moins qu'ils n'aient des établissements distincts, auquel cas chacun d'eux doit avoir sa patente et payer séparément les droits fixe et proportionnel.

Art. 284. — Dans les sociétés en nom collectif, l'associé principal paye seul la totalité du droit fixe afférent à la profession. Le même droit est divisé en autant de parts égales qu'il y a d'associés en nom collectif, et une de ces parts est imposée à chaque associé secondaire. Néanmoins, pour les associés habituellement employés comme simples ouvriers dans les travaux de l'association, cette part ne doit jamais dépasser le vingtième du droit fixe imposable au nom de l'associé principal.

L'associé principal et les associés secondaires sont imposés au droit fixe dans les communes où sont

situés les établissements, boutiques ou magasins qui y donnent lieu.

Le droit proportionnel est établi au nom de l'associé principal sur tous les locaux qui servent à la société pour l'exercice de son industrie.

. . . .

b) De l'annualité de la patente

Code des impôts directs

Art. 287. — **La contribution des patentes est due pour l'année entière par tous les individus exerçant au mois de janvier une profession imposable.**

Note. — *Cependant voir plus bas la loi du* 31 *décembre* 1939.

Art. 288. — **Ceux qui entreprennent dans le cours de l'année une profession sujette à la patente ne doivent la contribution qu'à partir du 1er du mois dans lequel ils ont commencé d'exercer,** à moins que par sa nature, la profession ne puisse être exercée pendant toute l'année. Dans ce cas, la contribution est due pour l'année entière quelle que soit l'époque à laquelle la profession aura été entreprise.

. . . .

Il est également dû un supplément de droit proportionnel par les patentables qui reprennent des locaux d'une valeur locative supérieure à celle des locaux pour lesquels ils ont été primitivement imposés, et par ceux qui entreprennent une profession passible d'un droit proportionnel plus élevé.

Les suppléments sont dus à compter du 1er du mois dans lequel les changements, prévus par les deux derniers paragraphes, ont été opérés.

(*Décret-loi du* 14 *juin* 1938) : *Les omissions totales ou partielles* constatées dans les rôles de la Contribution des patentes, ainsi que les erreurs commises dans l'application du tarif, *peuvent être réparées par voie de rôles supplémentaires,* dans le délai prévu par l'art. 355 *bis* ci-après :

(Art. 355 *bis* : Les rôles supplémentaires sont, sauf dispositions contraires, mis en recouvrement *au plus tard le* 30 *avril* de l'année suivant celle de l'imposition.)

Art. 289. — **En cas de cession d'établissement, la patente est, sur la demande du cédant ou du cessionnaire, transférée à ce dernier. La demande est recevable dans le délai de trois mois** à partir, soit de la cession de l'établissement, soit de la mise en recouvrement du rôle supplémentaire dans lequel le cédant a été personnellement imposé pour l'établissement cédé. Elle est présentée, instruite et jugée d'après les règles prévues aux articles 60 et 364 à 377 du présent Code.

Art. 290. — Le transfert des droits de patente au nom du cessionnaire peut également être proposé par le Contrôleur des Contributions directes sur un état spécial. Le cédant et le cessionnaire sont invités à prendre connaissance de cet état à la mairie et à remettre au Maire leurs observations dans un délai de dix jours. Passé ce délai, le Maire adresse l'état au Directeur des Contributions directes, avec son avis et les observations qui auront pu être produites ; le Directeur statue. Toutefois, il n'y a pas lieu à statuer s'il existe un désaccord entre les conclusions du Directeur et les observations présentées par le cédant ou le cessionnaire.

Art. 291. — En cas de fermeture des établissements, magasins, boutiques et ateliers, par suite de décès, de liquidation judiciaire ou de faillite déclarée, ou pour cause d'expropriation ou d'expulsion, les droits ne sont dus que pour le passé et le mois courant. Sur la réclamation des parties intéressées, il est accordé décharge du surplus de la taxe.



Loi du 31 *décembre* 1941

Art. 17. — Jusqu'au 31 décembre de l'année de la cessation des hostilités, la contribution de patentes continuera à n'être due que par trimestre dans les conditions prévues par l'art. 10 de la loi du 13 janvier 1941.

Note. — *Selon l'art.* 10 § 2 *auquel se réfère ladite loi, « pour chaque trimestre durant lesquels les établissements donnant lieu à l'application de cette contribution seront restés fermés, il sera accordé une réduction d'un quart sur le montant des cotisations afférentes à ces établissements ».*

4° Réclamations

La procédure de réclamation est la même qu'en matière d'impôts directs ordinaires : pétition au Directeur des Contributions directes, dans les trois mois qui suivent celui de la mise en recouvrement du rôle ; recours en Conseil de préfecture, dans le mois de la notification de la décision de rejet ; et, enfin, appel devant le Conseil d'Etat.

5° Projets de réformes

La patente, nous l'avons vu, constitue dans notre régime fiscal actuel, un vestige des anciennes contributions dites « les quatre vieilles ». Depuis longtemps on s'est élevé contre le caractère archaïque, injuste, inadapté aux formes actuelles de l'activité professionnelle de ce redoutable impôt. Des projets de réforme nombreux ont déjà été mis sur le chantier. Pour l'heure l'Administration semble s'éloigner de toute réforme radicale et d'envergure pour s'en tenir à une révision, un aménagement du régime actuel. Des études approfondies ont été poursuivies dans cet esprit, en contact d'ailleurs avec l'Ordre des Médecins et le Secrétariat à la Santé. Nous croyons utile d'en résumer ci-dessous les principaux points. Le nouveau régime, qui pourrait être instauré

prochainement, n'entrerait toutefois point en vigueur en 1944.

1° **Droit fixe.** — *C'est lui qui fait l'objet des modifications les plus nombreuses :*

a) Le **nombre des catégories** *passerait de 9 à 4. Le droit varierait de 150 fr. à 40 fr. au lieu de 140 fr. à 18 fr. Ceci reviendrait donc à augmenter notablement (plus du double) le droit fixe des médecins de campagne ou de petite ville, tout en laissant à peu près inchangé celui des gros centres urbains.*

b) A ce droit s'ajouterait divers **droits accessoires** *tenant compte non plus de la population du lieu ou s'exerce la profession mais des conditions mêmes de cet exercice. Une taxe de 20 fr. à 50 fr. (suivant les localités) par* **salarié** *serait instituée. Il a été précisé toutefois que donneraient lieu à la taxe les seuls* **salariés professionnels,** *à l'exclusion des domestiques affectés au service du médecin et de sa famille. En second lieu une taxe supplémentaire à peu près égale au droit fixe normal frapperait les* **chirurgiens** *ou* **médecins spécialistes.** *Enfin les* **établissements de soins** *seraient astreints à des droits fixes spéciaux : les cliniques chirurgicales paieraient une taxe déterminée (de 40 fr. à 150 fr.), une taxe par médecin (de 40 fr. à 150 fr.) et une taxe par salarié (de 20 fr. à 50 fr.). Les* **dispensaires** *paieraient une taxe semblable. En seraient exemptés uniquement les établissements affectés exclusivement au traitement gratuit des malades.*

c) Le droit fixe serait **réduit de moitié** *pour* **l'année** *au cours de laquelle le médecin a déposé pour la première fois son diplôme à la Préfecture, ainsi que pour les* **deux années** *suivantes. Il en serait de même pour les années suivant celle au cours de laquelle le patentable a atteint* **l'âge de 70 ans.** *A la suite d'une réclamation de l'Ordre des Médecins, il est possible que cet âge soit abaissé* **à 65 ans,** *en liaison avec les projets concernant la retraite du médecin.*

d) Enfin diverses dispositions viendraient préciser le cas des **sociétés entre médecins** *et des* **cabinets multiples.** *En cas de clientèle commune, chaque praticien serait soumis à la patente dès l'instant où séparément il visite les malades, opère ou donne des consultations, et cela sans qu'il soit besoin de rechercher s'il partage les bénéfices ou si l'un par contrat est salarié de l'autre. Chacun d'eux serait personnellement imposable d'après la totalité du personnel employé en commun. Voilà un coup très dur porté bien inutilement par le fisc à la pratique de la médecine en équipe, et aux associations de chirurgiens, alors que tout démontre que c'est là la forme d'avenir de l'exercice de la médecine. Mais le fisc peut-il se hausser à des préoccupations d'intérêt général ? En second lieu, lorsqu'un médecin disposerait de plusieurs cabinets de consultation, il ne devrait qu'un seul droit fixe à condition de ne pas avoir d'assistant diplômé et de ne pas exercer en participation avec un autre médecin.*

2° **Droit proportionnel.** — *On sait que ce droit comporte actuellement un tarif progressif allant du 20e au 8e suivant les tranches de valeur locative et le chiffre de la population. Le projet de réforme* **ramène ce droit au 20e** *dans tous les cas. Il s'agit là d'une réduction importante pour les grosses cotes. Toutefois cette réduction risque d'être pour les chirurgiens plus théorique que pratique. En effet, il serait prévu que le droit proportionnel porterait sur l'ensemble des locaux professionnels y compris les salles d'opération où le praticien opère habituellement sa clientèle particulière* **qu'il soit ou non propriétaire des locaux** *et que ces locaux soient situés dans une clinique privée ou dans un hospice.*

II. Impôts sur les bénéfices non commerciaux

1° Champ d'application

Code des impôts directs

ART. 78. — Il est établi un impôt annuel sur les bénéfices des professions libérales... et de toutes occupations, exploitations lucratives et sources de profits non soumises à un impôt spécial sur le revenu.

A ce titre, la présente cédule comprend notamment :

....

Les produits des opérations de bourses effectuées à titre habituel par les particuliers ;

Les produits de droits d'auteurs perçus par les écrivains ou compositeurs et par leurs héritiers ou légataires ;

Les produits perçus par les inventeurs au titre soit de la vente ou de la cession, soit de la concession de licences d'exploitation de leurs brevets, marques de fabrique, procédés ou formules de fabrication.

....

2° Bénéfice imposable

a) **Principe**

Code des impôts directs

ART. 79. — **L'impôt est établi à raison du bénéfice net de l'année précédente.**

Ce bénéfice est constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession. Il tient compte des gains ou des pertes provenant soit de la réalisation des éléments d'actif affectés à l'exercice de la profession, soit des cessions de charges ou d'office. Il tient **compte également de toutes indemnités reçues en contrepartie de la cessation de l'exercice de la profession ou du transfert d'une clientèle.**

Les dépenses déductibles comprennent notamment :

1° Le loyer des locaux professionnels ou

le revenu net d'après lequel ils sont soumis à l'impôt foncier, s'ils appartiennent au contribuable.

2° Les amortissements effectués suivant les règles applicables en matière d'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

(*Bénéfices industriels et commerciaux.* ART. 7) Le bénéfice imposable... est établi sous déduction de toutes charges, notamment :

....

2° Des amortissements réellement effectués par l'entreprise, dans la limite de ceux qui sont généralement admis, d'après les usages de chaque nature d'industrie, de commerce ou d'exploitation.)

ART. 80. — Si, pour une année déterminée, les dépenses déductibles dépassent les recettes, l'excédent peut être reporté sur les bénéfices des années suivantes, jusqu'à la cinquième inclusivement, dans les conditions prévues à l'article 12 ci-dessus pour les entreprises industrielles et commerciales (*Décret-loi du* 30 *octobre* 1935).

L'art. 12 *modifié par le décret-loi du* 30 *octobre* 1935 *s'exprime de la manière suivante* :

ART. 12. — En cas de déficit subi pendant un exercice, ce déficit est considéré comme une charge de l'exercice suivant et déduit du bénéfice réalisé pendant ledit exercice. Si ce bénéfice n'est pas suffisant pour que la déduction puisse être intégralement opérée, l'excédent du déficit est reporté successivement sur les exercices suivants jusqu'au cinquième exercice qui suit l'excrcice déficitaire.

NOTE. — *Toutefois ces dispositions ne sont applicables que sous le régime du bénéfice réel. Le régime de principe est celui du forfait prévu et organisé par la loi n°* 974 *du* 24 *décembre* 1942 *qui a modifié les art.* 81 *et suivants du Code des impôts sur le revenu (voir ci-dessous).*

b) Régime du forfait

Code des impôts directs

Section II bis

ART. 81 (*loi du* 24 *décembre* 1942, *art.* 12). **Le bénéfice imposable des médecins,** chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et avocats **est fixé forfaitairement.** Toutefois, les intéressés ont la **faculté** d'être soumis au régime de l'imposition d'après le **bénéfice réel** à la condition de notifier leur option au contrôleur des Contributions directes **avant le 1er avril de chaque année.**

ART. 81 *bis.* — Le montant du bénéfice forfaitaire est évalué par l'administration des Contributions directes.

L'évaluation faite par le contrôleur après avis, suivant les cas, soit d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste désigné par le collège départemental de l'Ordre des Médecins, ... est notifiée au contribuable qui dispose d'un **délai de vingt jours** à partir de la réception de cette notification pour faire parvenir son acceptation ou formuler ses observations en indiquant le chiffre qu'il serait disposé à accepter.

Si le contribuable n'accepte pas le chiffre qui lui a été notifié et si, de son côté, le contrôleur n'admet pas celui qui lui est proposé par l'intéressé dans ses observations, ce dernier est soumis à l'impôt d'après la procédure visée aux art. 84 à 87 ci-après (1). Dans ce cas, il est tenu de **produire la déclaration** prévue à l'art. 84 dans les **vingt jours de réception** de l'avis qui lui a été adressé à cet effet.

Art. 81 *ter.* — Le forfait est établi pour une période de **deux années.**

Il est **renouvelable** par tacite reconduction, mais il peut, même en cours de période biennale, être **dénoncé par le contribuable dans les trois premiers mois de chaque année et par le contrôleur dans les deux mois suivant l'expiration de ce délai.**

Dans le cas de début d'exercice de la profession en cours d'année le forfait est, pour l'établissement de l'impôt dû au titre de l'année suivante, réduit au prorata du nombre de mois entiers écoulés depuis l'installation du nouveau contribuable jusqu'au 31 décembre.

Les contribuables qui désirent bénéficier du forfait sont **tenus d'indiquer au contrôleur dans les trois premiers mois de chaque année, les conditions d'exercice de leur profession, notamment :**

a) leur ancienneté dans l'exercice de la profession, leurs titres universitaires et s'il s'agit de médecins, dentistes ou sages-femmes, leurs titres hospitaliers ;

b) le cas échéant les tarifs spéciaux qu'ils appliquent en raison de ces titres ou d'une situation personnelle particulière ;

c) la nature de l'activité qu'ils exercent ;

d) le service régulier qu'ils assurent moyennant rémunération pour le compte d'entreprises ou de collectivités publiques ou privées ;

e) le montant de leurs recettes brutes pendant l'année considérée.

c) Régime du bénéfice réel

Code des impôts directs

Section V. — Déclarations

ART. 84 (*loi du* 24 *décembre* 1942, *art.* 13). Les contribuables passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales autres que ceux visés à l'art. 81 ci-dessus sont tenus de produire dans les trois premiers mois de chaque année une déclaration indiquant le montant de leurs dépenses professionnelles et le chiffre de leurs bénéfices nets de l'année précédente.

Les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ..... qui optent pour le bénéfice réel sont soumis à la même obligation. Ils doivent fournir en outre, à l'appui de leurs déclarations, les renseignements prévus au dernier alinéa de l'art. 81 *ter* ci-dessus.

ART. 85. — La déclaration est adressée au Contrôleur des Contributions directes du lieu où le contribuable exerce sa profession ou à son principal établissement.

Il en est délivré récépissé.

NOTE. — *Sur les principes régissant la déclaration et le calcul du bénéfice net, voir ci-dessus l'article* 79 *du Code des impôts sur le revenu.*

(1) Voir ci-dessous pages 10 et 12.

Nous donnons ci-dessous quelques indications de doctrine ou de jurisprudence relative à divers cas particuliers :

1º Recettes imposables

IMPÔT SUR LES BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX
BÉNÉFICES ENCAISSÉS SEULS IMPOSSABLES.

Ne sont passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales que les bénéfices encaissés dans l'année antérieure à celle au titre de laquelle est établi l'impôt, et non les bénéfices simplement acquis.

(Conseil d'Etat, 23 octobre 1931.)

NOTE. — *Les médecins ne doivent donc pas faire figurer, dans leurs recettes professionnelles, les honoraires dus, mais non payés.*

2º Dépenses professionnelles déductibles

a) **Le loyer.** — *Ne compter que le loyer professionnel (même chiffre que pour la patente). Se rappeler qu'il est préférable de déduire une somme faible à titre de loyer professionnel et d'avoir ainsi une patente peu élevée, que le cas inverse. La patente est, en effet, un impôt beaucoup plus lourd que l'impôt cédulaire. « Si le contribuable est propriétaire des locaux occupés, il doit déduire à titre de loyer la part du revenu net servant de base à l'impôt foncier correspondant à l'importance de ses locaux professionnels. Il doit, en outre, faire figurer dans ses dépenses déductibles les charges immobilières (entretien et amortissement de l'immeuble), dans la même proportion que pour le revenu foncier ». (Circulaire de l'Administration des C. D. du 28 décembre 1934.)*

b) **Eclairage, chauffage, entretien,** *à déduire dans la même proportion que les locaux.*

c) **Mobilier et matériel.** — *Sous le régime antérieur à la réforme fiscale de 1934, le prix d'achat du matériel professionnel (mobilier, voitures, etc.), devait être retranché intégralement des revenus de l'année d'acquisition. Dorénavant, les dépenses de cette nature, qui ne sont pas destinées à se renouveler annuellement, devront faire l'objet d'un amortissement échelonné sur plusieurs exercices, d'après le taux en usage dans la profession.*

d) **Personnel.** — *Il y a lieu d'y comprendre les salaires en espèces versés aux employés concourant à l'exercice de la profession (assistants, remplaçants, auxiliaires médicaux, infirmiers, etc.), en y ajoutant la valeur des avantages en nature, et les cotisations patronales aux Assurances sociales et aux allocations familiales.*

Code des impôts directs

SECTION V

Obligations des employeurs et débirentiers

ART. 68. — Toute personne physique ou morale qui paye des sommes imposables est tenue d'effectuer pour le compte du Trésor la retenue de l'impôt.

Elle doit, pour chaque bénéficiaire d'un paiement imposable, mentionner sur son livre, fichier ou autre document destiné à l'enregistrement de la paye, ou, à défaut, sur un livre spécial :

La date, la nature et le montant de ce payement ;
Le montant des retenues opérées ;
Le nombre d'enfants déclarés par le bénéficiaire du payement comme étant à sa charge.

Les documents sur lesquels sont enregistrés les payements et les retenues effectués doivent être conservés jusqu'à expiration de la troisième année suivant celle au titre de laquelle les retenues sont faites ; ils doivent, à toute époque, et sous peine des sanctions prévues à l'art. 156 du présent Code, être communiqués sur leur demande aux agents des contributions directes.

....

ART. 69. — Les retenues afférentes aux payements effectués pendant un mois déterminé doivent être versées dans les quinze premiers jours du mois suivant à la caisse du percepteur des contributions directes du lieu du domicile de la personne ou du siège de l'établissement ou du bureau qui les a opérées.

Lorsque le montant des retenues mensuelles n'excède pas 500 francs, le versement peut n'être effectué que dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé. Si les retenues mensuelles viennent à excéder 500 francs, toutes les retenues faites depuis le début du trimestre en cours doivent être versées dans les quinze premiers jours du mois suivant.

Dans le cas de transfert de domicile, d'établissement ou de bureau hors du ressort de la circonscription du contrôle ou de la perception, ainsi que dans le cas de cession ou de cessation d'entreprise, les retenues effectuées doivent être immédiatement versées.

En cas de décès de l'employeur ou du débirentier, les retenues opérées doivent être versées dans les quinze premiers jours du mois suivant celui du décès.

Chaque versement est accompagné d'un bordereau-avis daté et signé par la partie versante et indiquant la période au cours de laquelle les retenues ont été faites, la désignation, l'adresse et la profession de la personne, société, association ou administration qui les a opérées et le montant total des retenues effectuées.

ART. 70. — Toute personne physique ou morale versant des traitements, émoluments, salaires ou rétributions imposables est tenue de produire, dans le courant du mois de janvier de chaque année, un état présentant, pour chacun des bénéficiaires des traitements, émoluments, salaires ou rétributions payés au cours de l'année précédente, les indications suivantes :

1º Nom, prénoms, emploi et adresse ;

2º Montant des traitements, salaires et rétributions payés soit en argent, soit en nature pendant ladite année après déduction des cotisations aux assurances sociales et des retenues pour la retraite ;

3º Montant des retenues effectuées au titre de l'impôt sur les traitements et salaires, pensions et rentes viagères ;

4º Période à laquelle s'appliquent les payements lorsqu'elle est inférieure à une année ;

5º Nombre d'enfants indiqués par l'intéressé comme étant à sa charge et dont il a été tenu compte pour le calcul des retenues ;

6º Montant des indemnités pour frais d'emploi ou de service.

La déclaration doit être remise au directeur des contributions directes du lieu du domicile de la personne ou du siège de l'établissement ou du bureau qui a payé les traitements, émoluments, salaires ou rétributions.

ART. 71. — En ce qui concerne les personnes rétribuées par un seul employeur, la déclaration prévue à l'article précédent n'est exigées que pour celles dont les traitements, salaires ou rétributions, ramenés, à l'année, excèdent 7.000 francs et pour celles qui bien que n'ayant reçu que des rémunérations dont le

montant total ramené à l'année est inférieur à ce chiffre, ont néanmoins supporté des retenues.

La déclaration doit être produite quel que soit le montant ramené à l'année des rémunérations qui leur ont été versées, pour les personnes qui remplissent des fonctions susceptibles d'être exercées simultanément auprès de plusieurs entreprises, telles que les fonctions de membre ou secrétaire de comité ou de conseil de direction, de gestion ou de surveillance, quelle qu'en soit la dénomination, commissaire aux comptes, trésorier, représentant de commerce, etc.

SECTION IX

Sanctions

ART. 74. — 1. Tout employeur ou débirentier qui n'a pas fait les retenues de l'impôt cédulaire ou qui sciemment, n'a opéré que des retenues insuffisantes est passible d'une amende fiscale égale au montant des retenues non effectuées.

2. La même amende est applicable aux personnes domiciliées en France qui, ayant reçu des sommes imposables de débiteurs domiciliés ou établis hors de France, n'ont pas fait les versements auxquels elles sont tenues en vertu du dernier alinéa de l'art. 67 ci-dessus.

ART. 75. — 1. Tout employeur ou débirentier qui, ayant effectué les retenues de l'impôt cédulaire, n'a pas versé le montant de ces retenues au percepteur dans les délais prescrits est, pour chaque jour de retard apporté au versement, frappé d'une amende fiscale égale à 1 % du montant des sommes dont le versement a été différé.

2. Si le retard escède un mois, le délinquant est passible, en sus de l'amende fiscale instituée par le paragraphe 1 ci-dessus, d'une amende pénale de 1.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus.

....

ART. 76. — Toute infraction aux prescriptions des articles 70 à 72 donne lieu à l'application d'une amende fiscale de 100 francs encourue autant de fois qu'il est relevé d'omissions ou d'inexactitudes dans les renseignements qui doivent être fournis en vertu de ces articles.

e) **Honoraires, ristournes, etc.** — *Déclaration des commissions, courtages, ristournes, honoraires, des droits d'auteur, des rémunérations d'associés et des parts de bénéfices.*

Code des impôts directs

SECTION III

ART. 103 *bis*. — Les chefs d'entreprises ainsi que les **contribuables relevant de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales** qui, à l'occasion de l'exercice de leur profession, versent à des tiers ne faisant point partie de leur personnel salarié, des commissions, courtages, ristournes commerciales ou autres, vacations, honoraires occasionnels ou non, gratification et autres rémunérations, doivent déclarer ces sommes dans les conditions prévues à l'art. 70 ci-dessus, **lorsqu'elles dépassent 1.000 francs par an pour un même bénéficiaire.**

Lesdites sommes sont cotisées, au nom du bénéficiaire, à l'impôt cédulaire correspondant à la nature d'activité au titre de laquelle ce dernier les a perçues.

La partie versante qui n'a pas déclaré les sommes visées au présent article perd le droit de les porter dans ses frais professionnels pour l'établissement de ses propres impositions. L'application de cette sanction ne met pas obstacle à celle de l'amende prévue à l'art. 103 *quinquies* ci-après, ni à l'imposition des mêmes sommes au nom du bénéficiare conformément à l'alinéa précédent.

....

ART. 103 *quinquies*. — Toute infraction aux prescriptions des art. 103 *bis* à 103 *quater* donne lieu à l'application de l'amende prévue à l'art. 76.

NOTE. — *Nous attirons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur les dispositions de l'art.* 103 bis *qui les oblige à déclarer, dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, les noms et adresses des confrères auxquels ils ont versé des honoraires occasionnels durant l'année précédente, ainsi que le montant de ces honoraires, lorsque ce montant dépasse* 1.000 *francs par an et par bénéficiaire. La sanction du défaut de déclaration est l'impossibilité pour le contribuable de comprendre ces dépenses dans sa propre déclaration.*

f) **Frais de transport.** — *Ils comprennent les dépenses annuelles d'automobile (essence, huile, pneus, petites réparations, assurances, garage, etc.) augmentés de l'amortissement de la voiture. Dans le cas d'échange de voiture le prix à amortir n'est pas le prix de la nouvelle voiture, mais celte valeur augmentée de ce qui restait à amortir sur l'ancienne et diminuée de la valeur de reprise.*

Exemple. — *Un médecin, ayant acheté une voiture de* 20.000 *francs décide de l'amortir en cinq années. Au bout de quatre ans, il l'échange contre une voiture de* 25.000 *francs, l'ancienne voiture étant reprise pour* 9.000 *francs par le vendeur. Au moment de l'échange, il restait à amortir sur l'ancienne voiture :* 20.000 — 16.000 = 4.000 *francs. D'autre part, l'acquisition de la nouvelle voiture a couté* 25.000 — 9.000 = 16.000 *francs. Le total à amortir dans l'avenir est donc de* 16.000 + 4.000 = 20.000, *soit* 4.000 *par an pendant cinq ans.*

g) **Assurances.** — *Immeubles, accidents du travail, assurances contre les risques de responsabilité professionnelle, contre les maladies et accidents professionnels. Par contre, la réforme fiscale de* 1934 *ayant supprimé les dispositions du régime antérieur concernant la déduction des sommes payées pour la constitution d'une pension ou d'une retraite, l'Administration fiscale estime que les versements effectués à ce titre ne peuvent plus être compris parmi les frais déductibles. (Circulaire de l'Administration des Finances du* 28 *décembre* 1934.)

DÉDUCTION DES VERSEMEPS POUR RETRAITES (NON)

2.353. — M. SOULA demande à M. le ministre des Finances, si, pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, un vétérinaire est en droit de faire rentrer dans ses dépenses pro-

fessionnelles les sommes qu'il verse : 1° pour s'assurer une retraite mutuelle de combattant ; 2° pour s'assurer à une mutuelle-retraite des vétérinaires (versements à capital aliéné). *(Question du 9 février* 1937.)

Réponse. — 1° et 2° — Réponse négative sur les deux points en ce qui concerne la cédule ; les versements dont il s'agit n'ayant pas le caractère de charges professionnelles et aucune disposition du code général des impôts directs n'autorisant, d'autre part, à les porter en déduction pour l'assiette de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Mais, conformément à l'article 109, 5°, du code susvisé, l'intéressé peut retrancher de son revenu global, pour l'assiette de l'*impôt général*, le montant des versements effectués en vue de la constitution de la retraite mutuelle des anciens combattants. (*J. O.*, 11 avril 1937.)

h) **Impôts.** — *Ils comprennent la patente et ses adjonctions communales, mais non l'impôt général, l'impôt foncier ou l'impôt cédulaire sur les B.N.C.*

Code des impôts sur les revenus

Art. 101 *ter.* — Pour l'établissement des impôts cédulaires, ne sont admis en déduction des bénéfices ou revenus imposables ni l'impôt cédulaire, ni l'impôt foncier et les taxes accessoires afférents aux immeubles appartenant au contribuable.

i) **Divers.** — *Ce sont le téléphone, les frais de bureau, de recouvrement d'honoraires, les cotisations syndicales, les livres et revues professionnelles, les dépenses pour assister à un Congrès, les frais d'acte et d'enregistrement d'un bail à usage professionnel* (*Conseil d'Etat*, 19 *octobre* 1936), *les frais occasionnés par une maladie professionnelle, à condition que l'intéressé n'ait pas été assuré contre ce risque* (R. M., n° 2.505, J. O., 23 *avril* 1937), *etc. Par contre on ne doit pas comprendre dans les dépenses déductibles le prix d'achat d'une clientèle médicale. Cette dépense a, en effet, une contrepartie, à savoir la clientèle qui entre dans l'actif du contribuable et ne constitue donc pas une charge* (*Conseil d'Etat*, 14 *janvier* 1935, R. M., n° 15.029. J. O., 13 *mars* 1936).

j) **Propharmacie.** — *D'après la jurisprudence* (*V. not. Comm. sup. de Cass.*, 7 *janvier* 1932) *le médecin propharmacien qui fournit à ses malades, dans les conditions prévues à l'art.* 27 *de la loi du 21 germinal an XI, des médicaments sans tenir officine ouverte à tout venant, ne fait pas acte de commerce et exerce simplement une activité professionnelle. Les recettes qu'il tire de la propharmacie de même que ses dépenses (achats, etc.), doivent être comprises dans sa déclaration, à la cédule des professions non commerciales. Elles ne sont pas soumises à la taxe sur le chiffre d'affaires applicable aux seuls commerçants.*

3° Personnes imposables. Lieu d'imposition

Art. 82. — L'impôt est établi au nom des bénéficiaires des revenus imposables, au lieu de l'exercice de la profession ou, le cas échéant, du principal établissement.

Dans les sociétés en nom collectif, chacun des associés est personnellement imposé pour la part des bénéfices sociaux correspondant à ses droits dans la société.

Dans les sociétés en commandite simple, l'impôt est établi au nom de chacun des commandités pour sa part respective de bénéfice, et, pour le surplus, au nom de la société.

Les impositions ainsi comprises dans les rôles au nom des associés n'en demeurent pas moins des dettes sociales.

....

4° Obligations des contribuables

La première des obligations s'imposant aux contribuables est d'effectuer dans les trois premiers mois de chaque année soit la déclaration prévue à l'art. 81 ter *s'il est soumis au régime du forfait, soit la déclaration prévue à l'art.* 84 *s'il désire relever du régime du bénéfice réel (voir ci-dessus page 7).*

Art. 90. — **Tout contribuable, astreint à la déclaration prévue au dernier alinéa de l'art. 81 *ter* ou à l'art. 84 ci-dessus, qui ne souscrit pas cette déclaration dans les délais légaux, est taxé d'office sauf réclamation après l'établissement du rôle et l'impôt dont il est redevable est majoré de 25 %.**

Les mêmes sanctions sont applicables dans le cas de non présentation des documents dont la tenue et la présentation sont exigées par les art. 87 et 88 ci-dessous (*livre-journal*).

Art. 87. — **Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leur recettes et de leurs dépenses professionnelles.**

Pour les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et avocats, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. Toutefois les contribuables visés à l'art. 81 et qui se sont placés sous le régime du forfait sont dispensés de cette communication.

....

Note. — *La forme matérielle du livre-journal est des plus simples. N'importe quel registre du commerce peut suffire. Il doit comprendre deux à trois colonnes :*

Date	Nature de l'acte médical	Honoraires touchés
15 janvier	10 visites à 50 francs 2 consultations à 40 francs	500 francs 80 francs
....	....	....

Le total final du livre-journal doit évidemment coïncider avec le total des recettes professionnelles déclarées.

NOTE. — *Nous croyons utile de publier ci-dessous quelques sages conseils sur la tenue du livre-journal, extraits d'un rapport relatif aux questions fiscales présentés par un de membres au Conseil départemental de la Seine :*

« Malgré son âge déjà respectable, le livre-journal est mal connu et souvent mal « servi » par les médecins. Certaines maisons, pour leur venir en aide, ont édité des cahiers perfectionnés avec des divisions, colonnes et mentions qui vont à l'encontre du but. Le registre le plus simple est le meilleur : un bon cahier de papier réglé ou quadrillé, sur chaque ligne duquel le médecin inscrira la date et le versement effectué, et même le mode de versement, chèque, mandat ou comptant. « Le détail des sommes encaissées » signifie que chaque client doit être l'objet d'une mention et occuper une ligne spéciale, sans confusion ni totalisation avec d'autres clients. Pour se reconnaître dans ses écritures, le praticien peut caractériser chaque versement par une mention quelconque, numéro ou lettre, correspondant à une mention semblable de son carnet personnel ; mais ce que le Code civil et le Code de déontologie ne lui permettent pas de faire et que les agents du fisc ne peuvent lui demander c'est d'inscrire sur ce livre-journal le nom de son malade.

« Nous ne saurions trop attirer l'attention des confrères sur la nécessité de la tenue rigoureuse du livre-journal. C'est la pièce essentielle de l'investigation du Contrôleur qui est obligé d'en tenir le plus grand compte ; c'est aussi le seul moyen dont dispose le préconciliateur pour apprécier la situation de son confrère et pour le défendre au besoin.

« L'absence d'un livre-journal complet, probant, rend mauvaise la meilleure cause. Vous n'ignorez pas que ce livre doit être conservé pendant toute la période sur laquelle le contrôle fiscal peut faire remonter ses enquêtes, c'est-à-dire, pendant quatre années en temps ordinaire.

« En ce moment, en vertu de dispositions légales exceptionnelles ce contrôle peut remonter jusqu'aux bénéfices de l'année 1936.

« La tenue du livre de recettes est simple et bien précisée ; la tenue du livre de dépenses professionnelles l'est beaucoup moins. L'obligation en est nouvelle ; aucune indication sur sa rédaction n'est donnée par la loi ni par l'administration qui n'a pas encore élucidé ce point. La tenue conjointe du livre de recettes et du livre de dépenses sur le même registre semble impossible. On devra, jusqu'à plus ample informé, se contenter d'un compte spécial et d'évaluations approximatives en ce qui concerne les dépenses communes de la maison et de la profession comme il a été fait jusqu'ici. Il est bon de conserver les factures justificatives des dépenses importantes ou exceptionnelles. »

LIVRE-JOURNAL. — COMMUNICATION AU CONTRÔLEUR. — LIEU. — DOMICILE DU CONTRIBUABLE.

13.094. — M. Jean CASTAGNEZ expose à M. le ministre des Finances : qu'en application de l'art. 92 du Code des impôts directs, paragraphe 3, le Contrôleur peut demander aux contribuables soumis à l'impôt sur les B. N. C., communication des livres et toutes pièces justificatives ; qu'en cas de non-présentation, le bénéfice est déterminé d'office par le Contrôleur et l'impôt majoré de 25 p. 100 (art. 94) ; et demande : 1° si le Contrôleur a le droit de considérer que les mots « demander communications » signifient la présentation au Contrôleur, et dans son bureau, du livre-journal dont la tenue aussi bien que la production sont exigées par la loi ; 2° si, au contraire, un contribuable peut exiger que le Contrôleur vienne à son domicile pour se rendre compte de l'existence du livre-journal et de la façon dont il est tenu sous prétexte que la « demande de communication » a le sens d'une demande d'audience ou d'un droit de visite comme s'il s'agissait d'une vérification de comptabilité commerciale ; 3° si le Contrôleur est autorisé à taxer d'office à l'impôt sur les B. N. C. un contribuable qui aurait argué du secret professionnel pour s'opposer à la présentation au bureau du Contrôleur du livre-journal, et qui aurait répondu, à une demande de communication de ce dernier, que le livre-journal restera dans son cabinet où le Contrôleur devra se rendre s'il veut en constater l'existence. *(Question du* 30 *mai* 1935.)

Réponse. — 1° et 2° — Aucune disposition légale n'obligeant les redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales à transporter chez leur contrôleur leur livre-journal, la vérification de celui-ci doit, en principe, être effectué sur place ; 2° — Réponse négative. (*J. O.*, 15 septembre 1935.)

LIVRE-JOURNAL. — VALEUR INDICATIVE. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE.

14.712. — M. Emile CANDA demande à M. le ministre des Finances : 1° si un vétérinaire est dans l'obligation de tenir un livre-journal recettes, conformément à la loi de finances 1933 ; 2° dans l'affirmative, si une Commission de taxation, après avoir accepté le chiffre déclaré des dépenses, peut refuser sans examen, les chiffres recettes du livre-journal régulièrement tenu ; 3° dans l'affirmative, quel est le rôle du livre-journal et dans quel but les professions libérales sont dans l'obligation d'avoir cette comptabilité. *(Questions du* 26 *décembre* 1935.)

Réponse. — 1° — Réponse affirmative ; 2° et 3° — le livre-journal est un document comptable dont le Contrôleur et la Commission de taxation doivent retenir les indications, à moins que des présomptions graves, précises et concordantes, ne les autorisent à en suspecter la sincérité. Mais on ne saurait attribuer à ce livre une force probante que la loi elle-même n'y a pas attachée. (*J. O.*, 13 mars 1936.)

LIVRE-JOURNAL. — PRODUCTION. — ABSENCE DE VALEUR PROBANTE EN FAVEUR DU CONTRIBUABLE.

La production du livre-journal, dont la tenue est obligatoire en vertu de l'art. 92 du code des impôts directs, ne constitue pas par elle-

même la preuve des résultats que ce document fait apparaître, et le contribuable doit fournir à l'appui des mentions qui y figurent tous les renseignements de nature à établir le chiffre exact de ses bénéfices.

(Conseil d'Etat, arrêt du 14 mars 1938.)

5° Contrôle des déclarations

Art. 86 (*modifié par la loi n° 974 du 21 décembre 1942*). — Le contrôleur peut demander aux intéressés tous renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés et notamment tous éléments permettant d'apprécier l'importance de la clientèle.

S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration en indiquant le motif qui lui paraît justifier le redressement.

Il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement **dans un délai de vingt jours.**

Si le désaccord persiste, il est soumis à l'appréciation de la **Commission départementale des impôts directs** prévue à l'art. 352 du présent Code.

Toutefois en ce qui concerne les professions visées à l'art. 81 ci-dessus, le différend peut, à la demande des intéressés, être soumis à l'**avis d'un préconciliateur désigné suivant le cas par le Conseil régional de l'Ordre des Médecins.** S'il n'aboutit pas à un accord l'avis du préconciliateur est communiqué à la Commission départementale des impôts directs.

L'avis de la Commission est notifié au contribuable par le contrôleur qui l'informe en même temps du chiffre d'après lequel il se propose de le taxer.

Si cette taxation est conforme à l'appréciation de la Commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction par voie de réclamation devant la juridiction contentieuse qu'en apportant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices.

Dans le cas contraire, la charge de la preuve incombe à l'administration en tant que le bénéfice retenu pour l'assiette de l'impôt excède l'appréciation de la Commission.

Commission départementale des impôts directs

Art. 352. — 1. Il est institué au chef-lieu de chaque département une commission départementale des impôts directs dont la composition et le fonctionnement sont réglés par la disposition ci-après.

2. Cette commission comprend :

Le directeur des contributions directes et du cadastre ou son délégué, président.

Un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions directes, un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions indirectes, un inspecteur principal ou un inspecteur, ou un receveur-contrôleur de l'enregistrement désignés par leur chef de service.

Des membres titulaires et des membres suppléants représentant les contribuables justiciables de la commission, savoir :

. . . .

Quatre titulaires et quatre suppléants, désignés par les chambres de discipline ou organisations professionnelles les plus importantes groupant dans le département les contribuables passibles de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Tous les membres ainsi désignés doivent être du sexe masculin, de nationalité française à titre originaire, être âgés de vingt-cinq ans au moins et jouir de leurs droits civils.

3. . . . .

Les membres désignés par les chambres de discipline ou par les organisations des professions non commerciales du département sont appelés à siéger à la Commission lorsque le différend soumis à celle-ci concerne un redevable de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Toutefois, si aucun de ces commissaires n'appartient à la profession exercée par l'intéressé, ce dernier a le droit de demander que l'un d'eux soit remplacé par un représentant de l'une des associations professionnelles dont il fait partie.

Lorsque le différend concerne l'un des contribuables visés à l'art. 81 ci-dessus, les commissaires représentant les contribuables sont remplacés par quatre médecins, quatre chirurgiens-dentistes... exerçant leur profession dans les départements et désignés suivant les cas par le Conseil régional de l'Ordre des médecins...

. . . .

Un inspecteur des contributions directes remplit les fonctions de secrétaire et assiste aux séances avec voix consultative.

Dans le département de la Seine, le nombre des membres suppléants est doublé.

4. Les membres non fonctionnaires de la commission sont nommés pour un an et leur mandat est renouvelable. Ils sont soumis aux obligations du secret professionnel prévues à l'art. 143 du présent code.

5. La commission se réunit sur la convocation du directeur des contributions directes.

En cas d'empêchement, le directeur délègue un agent supérieur des contributions directes pour présider la commission.

La commission délibère valablement à condition qu'il y ait au moins quatre membres présents, y compris le président. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Convoqués dix jours au moins avant la réunion, les contribuables intéressés, ou le maire de la commune intéressée en matière d'évaluation des propriétés non bâties, sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites. Ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire dûment habilité.

. . . .

Note. — *Une des innovations essentielles de la réforme fiscale opérée par la loi du 21 décembre 1942 a été d'introduire officiellement dans la procédure de contrôle la préconciliation fiscale sous l'égide de l'Ordre des médecins. Cette préconciliation existait en réalité à titre officieux depuis*

plusieurs années déjà. Elle avait été introduite dans la procédure à la demande des syndicats médicaux par une circulaire de l'Administration des finances en date du 28 décembre 1934. *Mais l'autorité morale du préconciliateur syndical n'était point suffisante pour influer sur la décision du fisc. L'Ordre, en raison de ses pouvoirs corporatifs légaux, peut donner à la préconciliation une importance beaucoup plus grande que celle qu'elle avait autrefois. Encore faudrait-il que les préconciliateurs désignés par les conseils régionaux, ainsi que les médecins chargés en vertu de l'art.* 81 *bis* § 2 *de donner avis au contrôleur pour l'établissement du forfait (et désignés, eux, par les conseils départementaux) prennent au sérieux leurs tâches, étudient les dossiers, entendent les intéressés et s'efforcent de donner des avis écrits motivés. Dans la Seine ont été désignés cinq médecins cliniciens, et un spécialiste pour chacune des neuf spécialités médicales.*

Il importerait qu'en pratique le préconciliateur puisse éviter, dans la majorité des cas, la traduction de son confrère devant la Commission départementale des impôts directs. En effet, cette Commission comprend bien quatre représentants du corps médical, mais ces représentants contribuables n'en sont pas moins en minorité, la présidence appartenant, non plus comme autrefois, à un président de tribunal, magistrat impartial, mais à un agent du fisc, le directeur des Contributions directes. La décision de cette Commission présente une particulière importance puisqu'elle renverse la charge de la preuve, le contribuable ne pouvant contester le chiffre pour lequel il est taxé devant les juridictions contentieuses, qu'à condition pour lui « d'apporter la preuve du chiffre exact de ses bénéfices ».

Nous extrayons du remarquable rapport établi par un membre du Conseil de la Seine, à propos du rôle des représentants de l'Ordre dans l'établissement des impôts directs, les passages suivants qui donneront à nos lecteurs d'utiles et sages conseils pour l'établissement de leurs déclarations :

« Le montant des recettes est inscrit dans le livre-journal mais ce livre est souvent mal tenu aux yeux du contrôleur qui l'écarte et taxe d'office. Or, un livre même mal tenu, peut être probant pour le délégué ou le préconciliateur qui le compare aux carnets de visites journalières que son confrère peut lui confier. Ce contrôle permet de s'assurer de la sincérité de la déclaration. Cette sincérité est d'ailleurs la règle : soit par honnêteté foncière, soit pour ne pas se diminuer devant autrui, soit par crainte du contrôleur, les médecins font dans l'ensemble des déclarations sincères de leurs revenus professionnels. »

« Par contre, on remarque une tendance manifeste à un mauvais calcul des dépenses professionnelles. Cette tendance est explicable, toute la vie du médecin tient à sa profession. S'il n'était médecin, il n'habiterait pas tel quartier et tel appartement, il se contenterait d'un train de maison plus modeste, surtout il n'aurait pas de voiture. C'est vrai, mais ne sont admises comme dépenses professionnelles que celles qui sont *nécessitées par l'exercice de la profession* ; le reste incombe au budget familial. »

« Dans le budget moyen d'un médecin clinicien, l'administration admet couramment que les frais professionnels absorbent 30 % à 40 % des recettes totales ; quand cette proportion est dépassée sans raison apparente, le médecin peut être appelé à faire la preuve du dépassement. Le loyer professionnel est admis pour le tiers du loyer total, ainsi que tous les frais d'entretien de la maison, chauffage et éclairage. Les frais de transport constituent le chapitre le plus variable, le plus embrouillé, le plus discuté du budget médical. Suivant que le pratidien possède ou non une automobile, qu'il ait ou non un chauffeur, compte tenu de toutes les circonstances, on peut admettre que les frais de transport représentent 15 % à 25 % des recettes totales et qu'ils sont toujours en relation étroite avec ces recettes. Il va sans dire que ces données varient suivant la situation du médecin. Le spécialiste qui a plusieurs cabinets d'examen aura un loyer plus important ; par contre ses frais de déplacements seront moins élevés. Le stomatologiste et surtout le radiologue auront à couvrir des frais d'installation très élevés alors que ces frais sont presque inexistants pour le clinicien. C'est pour apprécier en connaissance de cause chaque cas particulier que chaque spécialité médicale a été représentée dans les délégations. »

« Le médecin ne songe pas que, en présence de frais professionnels élevés, le contrôleur va conclure inévitablement à des gains élevés et réclamer une augmentation du bénéfice net imposable. Très logiquement l'administration des contributions attend du praticien une déclaration de recettes globales qui se rapproche du chiffre moyen des recettes des médecins de situation comparable à la sienne, une évaluation des frais professionnels proportionnelle aux recettes et l'apparition d'un bénéfice net au moins suffisant pour subvenir aux besoins du foyer médical : en un mot une déclaration sincère et équilibrée. »

Code des impôts sur les revenus

Art. 151 § 2 *(modifié par la loi du* 24 *décembre* 1942). Les Caisses d'assurances sociales chargées de la gestion des risques maladie et maternité ainsi que les sociétés ou unions de sociétés de Secours mutuels fonctionnant comme organismes d'Assurances sociales agricoles pour les assurances maladie et maternité sont tenues d'établir annuellement et de fournir à l'administration des Contributions directes un relevé récapitulatif par médecin, dentiste et sage-femme des feuilles de maladie et notes de frais remises par les assurés. La forme de ces relevés est déterminée par un arrêté du ministre secrétaire d'Etat aux Finances et du secrétaire d'Etat au Travail.

Arrêté interministériel du 10 novembre 1942 *sur les renseignements à fournir par les Caisses d'assurances sociales à l'administration des contributions directes.*

Art. 1er. — Les caisses d'assurances sociales assurant la gestion des risques maladie et maternité, ainsi que les sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels fonctionnant comme organismes d'assurances sociales agricoles pour les assurances maladie et maternité doivent tenir, pour chaque médecin, dentiste et sage-femme ayant donné des soins à leurs adhérents, un relevé individuel annuel établi aux frais des organismes d'assurances sociales conformément au modèle annexé au présent arrêté et présentant, dans les conditions prévues à l'art. 2 ci-après, les renseignements extraits des feuilles de maladie, de soins et de prothèse, signées par ces praticiens.

Art. 2. — Le relevé individuel prévu à l'art. 1er ci-dessus doit indiquer :

a) La désignation et le siège de la caisse d'assurances sociales ;

b) Les nom, prénoms, adresse et qualité du praticien ;

c) Pour chaque feuille de maladie ou de soins reçue au cours de l'année, le numéro matricule de l'assuré, la période de validité de la feuille, l'indicatif des actes dispensés et le montant de la somme remboursée par la caisse à l'assuré au titre de ces actes.

Lorsque les feuilles de soins n'ont pas été signées par le praticien dans l'année de leur réception par la caisse, celle-ci inscrit dans la colonne prévue à cet effet sur le relevé l'année au cours de laquelle lesdites feuilles ont été signées.

Les relevés individuels sont remplis au fur et à mesure de la réception des feuilles de maladie ou de soins par la caisse d'assurances sociales. Ils sont arrêtés au 31 décembre de chaque année et totalisés de façon à faire apparaître distinctement le total des sommes se rapportant à des années antérieures.

Les caisses d'assurances sociales doivent faire parvenir sous bordereau au directeur des contributions directes, avant le 1er mars de l'année suivante, les relevés rédigés en conformité du présent article.

Elles conservent une copie du bordereau visé à l'alinéa qui précède et sur lequel doit être mentionné le total de chaque relevé.

Art. 3. — En vue de la vérification des relevés individuels, les agents de l'administration des contributions directes peuvent obtenir la communication au siège de la caisse des feuilles de maladie, de soins et de prothèse, à l'exclusion des ordonnances médicales ayant servi à l'établissement desdits relevés.

Note. — *La loi n° 976 du 24 décembre 1942 (art. 14 et 16) a abrogé les art. 9, 10 et 13 de la loi de finances du 31 décembre 1941 ainsi que le § 7 de l'art. 109 du Code des impôts sur les revenus. Rappelons que ces divers articles organisaient à l'égard des médecins un système de contrôle de leurs recettes dans des conditions particulièrement injurieuses et blessantes à leur égard.*

L'art. 107 § 7 tout d'abord prévoyait que jusqu'à concurrence d'un total de 10.000 francs, une somme égale au tiers des honoraires versés par le contribuable à des médecins au cours de l'année précédente serait déduite de son revenu global imposable.

L'art. 9 de la loi de 1942 obligeait chaque médecin à délivrer un reçu signé extrait d'un carnet à souches numérotés pour tout paiement d'honoraires. Les reçus ainsi délivrés étaient dispensés de timbre par l'art. 10.

Enfin cette même loi, à l'instigation des Caisses d'assurances sociales qui poursuivaient ainsi un but au reste fort peu fiscal, avait dans son art. 12 prescrit aux Caisses de fournir au fisc un relevé annuel récapitulatif, par médecins, des honoraires versés par les assurés. L'art. 13 obligeait les médecins, à partir du 1er janvier 1942, à indiquer sur les feuilles de maladie le montant des honoraires à eux versés.

Depuis la réforme de 1942 les Caisses doivent toujours fournir un état récapitulatif par médecin. Mais cet état comporte non plus les honoraires qui n'ont plus à être indiqués sur la feuille de maladie, mais seulement le montant des sommes remboursées aux assurés au titre des actes accomplis par chaque médecin.

6° Calcul de l'impôt

Code des impôts directs

Art. 83 (*modifié par la loi du 24 décembre 1942*). — *Pour le calcul de l'impôt, toute fraction du revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.*

L'impôt ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant la somme de 10.000 francs.

Le taux de l'impôt est fixé à 21 %.

L'impôt calculé comme il est dit ci-dessus est réduit, s'il y a lieu, en raison des charges de *famille du contribuable dans les conditions prévues* à l'article 102 ci-après.

....

SECTION II

Réduction pour charges de famille

Art. 102. — Les réductions pour charges de famille applicables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, à l'impôt sur les bénéfices de l'exploitation agricole et à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales en vertu des art. 22, 56 et 83 ci-dessus, sont réglées comme suit :

10 % pour chacun des deux premiers enfants à la charge du contribuable.

30 % pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total des réductions sur chaque impôt ne peut excéder 2.000 francs pour chacun des premiers enfants à la charge du contribuable, 3.000 francs pour le troisième, 4.000 francs pour le quatrième et ainsi de suite en augmentant le montant de la réduction de 1.000 francs par enfant à la charge du contribuable au delà du quatrième.

Sont considérés comme enfants à la charge du contribuable ceux qui sont désignés à l'art. 116 ci-après relatif à l'impôt général.

Art. 103. — Pour s'assurer le bénéfice des réductions pour charges de famille, les contribuables doivent faire parvenir au contrôleur du lieu de leur domicile une déclaration indiquant les nom, prénoms, date de naissance de chacun des enfants à leur charge.

Les déclarations indiquent également les impôts sur lesquels sont susceptibles de porter les dégrèvements et le lieu où ces impôts doivent être établis.

Les déclarations sont reçues dans le délai prévu à l'art. 123 ci-après relatif à l'impôt général ; elles sont valables tant que leurs indications n'ont pas cessé d'être exactes ; dans le cas contraire, elles doivent être renouvelées dans le délai ci-dessus indiqué.

7° Réclamations. — Contentieux

La procédure de réclamation contentieuse ne peut commencer que lorsque les rôles ont été mis en recouvrement et que le contribuable a reçu ses avertissements. Si le calcul de l'impôt est inexact, ou a été établi sur un bénéfice supérieur à celui déclaré, une pétition ou demande en dégrèvement

partiel doit tout d'abord être adressée par le contribuable au Directeur des Contributions directes, dont l'adresse est marquée sur l'avertissement. Cette pétition, faite sur papier libre, n'est assujettie à aucune règle de forme ; elle doit être adressée en y joignant l'avertissement, par pli recommandé avec accusé de réception.

Lorsque le Directeur a notifié au contribuable une décision de rejet, ou s'il a gardé le silence pendant plus de six mois, un recours peut être intenté, dans le mois, devant le Conseil de Préfecture, par dépôt au greffe d'une requête sur papier timbré adressée par pli recommandé, et à laquelle sera jointe la décision attaquée ou l'avis de réception. Dans cette requête, le contribuable pourra, entre autres moyens de défense, recourir à l'expertise pour établir la base d'imposition. Cette expertise, si elle est demandée, est de droit et ne peut être refusée.

Enfin, en cas de rejet de la requête par le Conseil de Préfecture, appel peut être interjeté dans le mois devant le Conseil d'Etat.

Si la différence entre le bénéfice taxé et le bénéfice déclaré provient d'une décision de la Commission départementale des impôts directs, nous rappellerons qu'en vertu de l'art. 86 *du Code des impôts sur les revenus, il appartient non pas à l'Administration de défendre son chiffre, mais au contribuable d'apporter la preuve de son bénéfice réel.* **Cette preuve étant très difficile à fournir, nous croyons donc utile d'attirer l'attention de nos lecteurs sur l'intérêt que présente la défense devant la Commission départementale des impôts directs.**

IMPÔTS SUR LES REVENUS. — TAXATION. — BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX. — PREUVE A LA CHARGE DU CONTRIBUABLE.

Lorsque la Commission de taxation a fixé la base de l'impôt sur les bénéfices non commerciaux et que le contribuable n'apporte pas la preuve de son bénéfice réel devant la juridiction administrative, celle-ci ne peut modifier la base d'imposition en se fondant sur le fait que la Commission de taxation n'aurait pas fait une appréciation exacte des circonstances de l'affaire.

(Conseil d'Etat, arrêt du 20 janvier 1936.)

PREUVE DE BÉNÉFICE. — PRODUCTION DU LIVRE-JOURNAL (NON)

V. plus haut, page 11, *arrêt du Conseil d'Etat, du* 14 *mars* 1938.

8° Cessation de l'exercice de la profession

Code des impôts sur les revenus
SECTION VIII

ART. 91 *bis*. — Dans le cas de cessation de l'exercice de la profession, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dû en raison des bénéfices qui n'ont pas encore été taxés — y compris ceux qui proviennent de créances acquises et non encore recouvrées — est immédiatement établi.

Pour les contribuables soumis au régime du forfait, le bénéfice imposable est le montant du bénéfice forfaitaire réduit au prorata du temps écoulé du 1er janvier jusqu'au jour où la cessation est devenue effective, tout mois commencé étant compté pour un mois entier.

Les redevables de cette catégorie doivent, dans un délai de dix jours déterminé comme il est indiqué ci-après, aviser le contrôleur de la cessation et lui faire connaître la date à laquelle elle a été ou sera effective, ainsi que, s'il y a lieu, les nom, prénoms et adresse de leur successeur.

Les contribuables non assujettis au forfait sont tenus de faire parvenir au contrôleur, dans un délai de dix jours déterminé comme il est indiqué ci-après, la déclaration prévue à l'art. 84.

Le délai de dix jours dont il est question commence à courir :

Lorsqu'il s'agit de la cessation de l'exercice d'une profession, autre que l'exploitation d'une charge ou d'un office, du jour où la cessation a été effective ;

. . . .

Si les contribuables ne produisent pas la déclaration visée au deuxième alinéa du présent article, les bases d'imposition sont arrêtées d'office et il est fait application de la majoration de droits prévue à l'art. 90.

En cas d'insuffisance d'au moins un dixième dans les bénéfices déclarés ou d'inexactitude constatée dans les documents et renseignements écrits fournis à l'appui de la déclaration, les contribuables sont passibles, suivant le cas, de l'une ou de l'autre des majorations prévues à l'art. 91.

Les cotes établies dans les conditions prévues par le présent article sont immédiatement exigibles pour la totalité.

En cas de cession à titre onéreux le successeur du contribuable peut être rendu responsable solidairement avec son prédécesseur du paiement des impôts afférents aux bénéfices réalisés par ce dernier pendant l'année de la cessation jusqu'au jour de celle-ci, ainsi qu'aux bénéfices de l'année précédente lorsque, la cessation étant intervenue pendant le délai normal de déclaration, ces bénéfices n'ont pas été déclarés avant la date de la cessation.

Toutefois, le successeur du contribuable n'est responsable que **jusqu'à concurrence du prix de cession** et il ne peut être mis en cause que pendant **un délai de trois mois** qui commence à courir du jour de la déclaration prévue par le deuxième alinéa du présent article, si elle est faite dans le délai imparti par ledit alinéa, ou du dernier jour de ce délai, à défaut de déclaration.

Les dispositions du présent article sont applicables dans le cas de décès du contribuable. Dans ce cas, les renseignements nécessaires pour l'établissement de l'impôt sont produits par les ayants droit du défunt dans les six mois de la date du décès.

III. Impôts cédulaires autres que l'impôt sur les bénéfices non commerciaux

1° Impôt sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères

a) Revenus soumis à l'impôt

Art. 60. § 1. — Il est établi un impôt annuel sur les revenus provenant des traitements publics et privés, des indemnités et émoluments, des salaires, des pensions et des rentes viagères.

....

Art. 61. — Sont affranchis de l'impôt :

1° Les allocations spéciales destinées à couvrir les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi ;

2° Les allocations familiales, allocations d'assistance à la famille, allocation de la mère au foyer, majorations de retraite ou de pension pour charges de famille ;

....

4° Les pensions servies en vertu de la loi du 31 mars 1919, à l'exclusion de la partie des pensions mixtes visées à l'art. 60 (parag. 2) de ladite loi, qui correspond à la durée des services ;

5° Les pensions servies en vertu de la loi du 24 juin 1919 aux victimes civiles de la guerre ou à leurs ayants droit ;

6° La retraite du combattant, *instituée par les* art. 197 à 199 de la loi du 16 avril 1930 ;

7° Les traitements attachés à la Légion d'honneur et à la médaille militaire ;

....

b) Personnes imposables. Lieu d'imposition

Art. 62. — L'impôt est dû par les bénéficiaires des revenus imposables.

Il porte chaque année sur les traitements, indemnités, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères payés aux intéressés au cours de la même année.

Note. — *Les médecins relèvent en principe de cette cédule pour tous les revenus qu'ils touchent en exécution d'un contrat de louage de service, ou d'un contrat analogue, les liant avec une personne physique ou morale, publique ou privée. Ainsi en est-il notamment des médecins assistants, remplaçants, médecins attachés à un établissement de soins, à une Compagnie de navigation, à une Caisse d'assurances sociales, médecins d'hôpitaux, de dispensaires, etc.* (Voir page 1.)

Médecin d'hôpital. — Médecin d'une Compagnie de chemin de fer. — Rémunération relevant de la cédule des traitements et salaires.

Les rémunérations reçues par un médecin en qualité de médecin attaché à une Compagnie en chemin de fer, et de médecin d'hôpital, ont le caractère d'un traitement.

(Conseil d'Etat, arrêt du 9 décembre 1932.)

Médecin au service de diverses collectivités publiques. — Assujettissement a l'impôt sur les traitements et salaires.

Eu égard au service régulier que le docteur X... assure comme médecin de l'hôpital, du collège et du dispensaire de la ville de M..., les rémunérations fixes qui lui sont allouées par les établissements précités ont le caractère de traitements.

(Conseil d'Etat, arrêt du 27 mai 1935.)

Médecin d'assurances. — Médecin d'entreprise. — Rémunérations fixes. — Honoraires proportionnels aux visites. — Pluralité d'employeurs. — Traitements et salaires.

Les rémunérations touchées par un médecin tenu, à l'égard de diverses entreprises industrielles, d'assurer journellement des visites et des soins aux ouvriers blessés ou malades, et chargé par des Compagnies d'assurances de visites de contrôle d'accidentés du travail dans une région déterminée, du moment qu'elles sont servies en exécution de contrats imposant une activité donnée, dans des conditions fixées à l'avance, ne sauraient être assimilées aux honoraires des médecins praticiens, et ceci nonobstant la pluralité d'employeurs. Ces revenus professionnels doivent être cotisés à l'impôt sur les traitements et salaires.

(Conseil d'Etat, 21 décembre 1939, Aff. T.).

c) Base d'imposition

Code des impôts sur les revenus

Art. 63. — Pour la détermination des bases d'imposition, il est tenu compte du montant net des traitements, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, ainsi que de tous les avantages en argent ou en nature accordés aux intéressés en sus des traitements, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères proprement dits.

Pour l'application de l'alinéa précédent, l'estimation des rémunérations allouées sous forme d'avantage en nature est faite d'après les évaluations forfaitaires applicables en matière d'assurances sociales lorsque le bénéficiaire est soumis à ce régime et, dans le cas contraire, d'après leur valeur réelle.

Art. 64 (*modifié par l'art.* 6 *de la loi du* 11 *février* 1944). — Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordée ;

1° Les retenues faites par l'employeur en vue de la constitution de pensions ou de retraites ;

2° La cotisation ouvrière aux Assurances sociales.....

3° Les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est calculée forfaitairement en fonction du

revenu brut, après défalcation des retenues visése aux paragraphes 1° et 2° ci-dessus ; elle est fixée à 10 % de la fraction de ce revenu qui ne dépasse pas 200.000 fr. et à 5 % de la fraction dudit revenu qui dépasse ce chiffre.

Toutefois, en ce qui concerne les catégories de professions qui comportent un pourcentage de frais notoirement supérieur à 10 %, un arrêté ministériel fixe le taux de la déduction dont les contribuables appartenant à ces professions peuvent bénéficier en sus de la déduction forfaitaire visée à l'alinéa précédent.

Les intéressés sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels sous forme de **réclamation adressée** au directeur départemental des contributions directes dans les **trois premiers mois de l'année** suivant celle au cours de laquelle ils ont supporté l'impôt.

Mode de perception de l'impôt

Art. 67. — 1. L'impôt est reçu par voie de retenue opérée pour le compte du Trésor sur chaque payement effectué, lorsque l'employeur ou le débirentier est domicilié ou établi en France.

Le retenues portent sur le montant net des payements imposables, ce montant étant déterminé dans les conditions indiquées à l'art. 64 ci-dessus.

Les retenues à effectuer sont fixées par des barèmes établis dans les conditions qui sont prévues par le décret visé à l'art. 73 *ter* ci-après (1).

Arrêté du Ministre des Finances du 9 *juillet* 1935

fixant les taux et maximum de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires dû par les médecins exerçant leur profession en qualité de salariés.

Art. 1er. — En ce qui concerne les médecins qui exercent leur profession en qualité de salariés, le taux de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires, reste fixé en principe à 10 % et le maximum de la déduction à 20.000 francs.

Toutefois, ceux de ces médecins qui exercent leur profession dans des conditions entraînant un pourcentage de frais notoirement plus élevé peuvent obtenir la déduction du montant de leurs frais réels à condition d'en justifier.

Pour ceux qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ou salaires et de bénéfices non commerciaux, les dépenses professionnelles communes aux deux branches de leur activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'art. 79 du Code général des impôts directs, et une quote-part proportionnelle est imputée aux revenus bruts de chaque catégorie.

(*J. O.*, 10 *juillet* 1935.)

Arrêté du 30 *décembre* 1939

fixant pour certaines catégories de professions, comportant normalement un pourcentage de frais professionnels supérieurs à 10 %, *le pourcentage de la déduction à effectuer pour l'assiette de la contribution nationale et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires.*

Art. 1er. — Les pourcentages spéciaux pour déduction de frais professionnels, fixés en ce qui concerne certaines catégories de professions par les arrêtés du 12 janvier 1939 (2), du 30 janvier 1939 et du 8 mars 1939, sont applicables pour l'assiette de la contribution nationale extraordinaire et de l'impôt cédulaire sur les traitements et salairex dus à partir du 1er janvier 1940 par les contribuables exerçant ces professions.

Déductions. — Versement a une caisse de prévoyance des sommes déposées.

Ne sont pas déductibles de la base de l'impôt sur les traitements et salaires, les versements faits à une Caisse de prévoyance et ayant pour objet de capitaliser les sommes déposées.

(Conseil d'Etat, 23 janvier 1936.)

d) **Calcul de l'impôt**

Art. 65. — Pour le calcul de l'impôt, toute fraction de revenu n'excédant pas 100 francs est négligée.

L'impôt ne porte que sur la fraction du revenu net annuel qui excède la somme de 10.000 francs.

La fraction comprise entre le minimum exempté et 20.000 francs n'est comptée que pour les trois quarts.

Le taux de l'impôt est fixé à 16 %.

Art. 66. — Sur l'impôt calculé comme il est dit à l'article précédent, chaque contribuable a droit à une réduction réglée comme suit :

1° Pour tout contribuable dont le revenu net ne dépasse pas 15.000 francs, 50 % pour chaque enfant à sa charge ;

2° Pour tout contribuable dont le revenu net est compris entre 15.000 et 20.000 francs, 20 % pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 60 % pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième ;

3° Pour tout contribuable dont le revenu net est compris entre 20.000 et 40.000 francs, 15 % pour chacun des deux premiers enfants à sa charge et 45 % pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième ;

4° Pour tout contribuable dont le revenu net est supérieur à 40.000 francs, 10 % pour chacun des deux premiers enfants à sa charge, et 30 % pour chaque enfant à sa charge à partir du troisième.

Le montant total de la réduction accordée en exécution du présent article ne peut dépasser 2.000 francs pour chacun des deux premiers enfants à la charge du contribuable, 3.000 francs pour le troisième, 4.000 fr. pour le quatrième et ainsi de suite, en augmentant le montant de la réduction de 1.000 francs par enfant à la charge du contribuable au delà du quatrième.

Sont considérés comme enfants à la charge du contribuable ceux qui sont désignés à l'art. 116 ci-après.

2° Impôt sur les bénéfices commerciaux

Cet impôt n'intéresse qu'indirectement les médecins. Il est applicable à des organismes avec lesquels ils collaborent fréquemment, et dont ils sont souvent les propriétaires, à savoir les cliniques et maisons de santé.

Il résulte, en effet, de la jurisprudence que les

(1) Voir décret du 27 janvier 1941.

(2) Internes des hôpitaux 30 %.

établissements de cette nature, où le malade reçoit, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont des entreprises commerciales, quelle que soit l'importance du traitement médical, eu égard aux autres fournitures.

Le statut fiscal des cliniques et maisons de santé a été fixé par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 28 mars 1928, *auquel l'instruction suivante a donné une portée générale :*

INSTRUCTION DU MINISTRE DES FINANCES DU 14 FÉVRIER 1939

Suivant un arrêt du Conseil d'Etat, le médecin exploitant une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de l'art médical, exerce en réalité deux professions : une profession libérale et une profession commerciale ; les revenus provenant de l'établissement correspondant, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures.

Cette haute Assemblée a ainsi jugé qu'un médecin exerçant dans les conditions visées est passible :

a) **De l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, en ce qui concerne la partie des recettes représentant les honoraires médicaux ;**

b) **De l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et par suite de la taxe sur le chiffre d'affaires, en ce qui concerne la partie des recettes afférentes aux fournitures.**

D'accord avec la Direction générale des Contributions directes, l'Administration estime que, pour la discrimination à établir entre ces deux catégories de recettes, il convient de comprendre exclusivement dans la première les recettes résultant des actes médicaux et opérations chirurgicales et de rattacher à la seconde, non seulement les fournitures hôtelières (logement et repas) mais encore celles afférentes à la surveillance exercée par les gardes, aux soins des infirmiers, à la fourniture de médicaments, en un mot toutes les recettes provenant d'opérations qui ne relèvent pas normalement de l'art médical.

Etant donné que le rapport existant entre les deux catégories de produits ainsi définies est susceptible de varier sensiblement d'un établissement à l'autre, pour diverses causes, telles que notamment la nature du traitement et la réputation du praticien, l'Administration ne saurait fixer ce rapport d'une manière forfaitaire.

Le pourcentage des recettes afférent, d'une part au service médical, d'autre part au service des fournitures, devra donc être dégagé dans chaque cas après entente avec le redevable et le Service des Contributions directes.

MODE D'IMPOSITION DES CLINIQUES ET SANATORIUMS PRIVÉS

13.268. — M. René FAYSSAT demande à M. le ministre des Finances si un sanatorium privé, appartenant à une société à responsabilité limitée, constituée par une vingtaine d'associés, dirigée par quatre gérants dont deux médecins, doit payer la taxe sur le chiffre d'affaires de 2 % sur les recettes totales, ou peut défalquer de ces recettes les sommes représentant les honoraires médicaux des deux médecins gérants, avant d'acquitter cette taxe *(Question du 18 juin* 1935.)

Réponse. — Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin qui exploite une clinique ou une maison de santé dans laquelle il se livre à la pratique de son art, exerce deux professions : l'une libérale, l'autre commerciale ; il s'ensuit que si les honoraires touchés par ledit médecin, pour soins médicaux, ne peuvent être frappés, ni de l'impôt sur les bénéfices commerciaux, ni de la taxe sur le chiffre d'affaires, par contre, sont passibles de ces impôts les recettes afférentes aux services et fournitures. Mais cette jurisprudence n'est pas applicable aux entreprises purement commerciales, exploitant une clinique ou une maison de santé. Cotisables à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour l'ensemble de leurs profits, ces entreprises sont redevables de la taxe du chiffre d'affaires sur le montant intégral de leurs opérations, sans déduction des honoraires qu'elles payent aux médecins dont elles utilisent le concours ou des sommes qu'elles répartissent à ceux de leurs membres ayant la qualité de médecin. Tel est notamment le cas pour une société à responsabilité limitée exploitant un sanatorium.

(*J. O.*, 15 septembre 1935.)

3° Imposition des contribuables disposant de revenus professionnels provenant de sources différentes

a) **Bénéfices commerciaux et bénéfices non commerciaux.**

Code des impôts sur les revenus

ART. 100. — Lorsqu'une entreprise industrielle ou commerciale étend son activité à des opérations relevant de la cédule agricole ou de la cédule des professions non commerciales, les résultats de ces opérations, déterminés suivant les règles propres à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, sont compris dans les bases dudit impôt.

b) **Traitement et bénéfices non commerciaux.**

Code des impôts sur les revenus

ART. 101. — Lorsqu'un contribuable a disposé, au cours de la même année, de revenus de sources différentes passibles de plusieurs des impôts cédulaires visés aux titres Ier et V du présent Code, chaque catégorie de revenus est, sous réserve de l'application de l'art. 100 ci-dessus, taxée d'après le taux et les règles qui lui sont propres. Mais le total des abattements applicables à ces différentes catégories de revenus est limité au montant de l'abattement prévu pour celui des impôts cédulaires correspondants qui comporte l'abattement le plus élevé.

Dans cette limite, les abattements prévus par les art. 22, 56, 65 et 83 du présent code sont accordés

sur les revenus des catégories correspondantes en commençant par celle qui est taxée d'après le taux le plus élevé et dans l'ordre décroissant des taux.

Pour l'application de cette disposition, en ce qui concerne les traitements, salaires, pensions et rentes viagères, il est fait état des revenus taxés au titre de l'année pendant laquelle les autres revenus ou bénéfices ont été réalisés. La régularisation est effectuée par voie de rôle conformément à l'art. 73 *bis* ci-dessus.

NOTE. — *Cette disposition règle le cas très fréquent des médecins qui exercent principalement en clientèle privée et louent accessoirement leurs services à divers organismes moyennant une rémunération annuelle.*

IV. Impôt général sur le revenu

SECTION I

Personnes imposables

ART. 104. — Il est établi un impôt général sur le revenu.

ART. 105. — L'impôt général sur le revenu est dû au 1er janvier de chaque année, par toutes les personnes ayant en France une résidence habituelle.

....

ART. 107. — I. Chaque chef de famille est imposable tant en raison de ses revenus personnels que ceux de sa femme et de ses enfants mineurs habitant avec lui.

En cas de décès de la femme, les revenus perçus par le mari après le décès et acquis antérieurement au décès par l'un ou l'autre des époux sont compris en totalité dans le revenu imposable du mari.

2. Par dérogation au premier alinéa du paragraphe précédent, le contribuable peut réclamer des impositions distinctes pour ses enfants lorsqu'ils tirent un revenu de leur propre travail ou d'une fortune indépendante de la sienne.

3. La femme mariée fait l'objet d'une imposition distincte :

a) Lorsqu'elle est séparée de biens et ne vit pas avec son mari ;

b) Lorsque, étant en instance de séparation de corps ou de divorce, elle réside séparément de son mari dans les conditions prévues par l'art. 236 du Code civil ; dans ce cas la provision alimentaire qui lui est allouée pour son entretien et celui de ses enfants est comptée dans les revenus imposables de l'intéressée ;

c) Lorsque, ayant été abandonnée par son mari ou ayant abandonné elle-même le domicile conjugal, elle dispose de revenus distincts de ceux de son mari.

....

SECTION II

Personnes affranchies de l'impôt

ART. 107. *(Loi du* 31 *Janvier* 1944*)*. — Sont affranchies de l'impôt :

1° Les personnes dont le revenu imposable n'excède pas la somme de 20.000 fr. majorée, s'il y a lieu, des déductions pour situations et charges de famille indiquées à l'art. 115.

....

SECTION IV

Revenu imposable

ART. 109. — L'impôt est établi d'après le montant total du revenu net annuel dont dispose chaque contribuable. Ce revenu net est déterminé eu égard aux propriétés et aux capitaux que possède le contribuable, aux professions qu'il exerce, aux traitements, salaires, pensions et rentes viagères dont il jouit ainsi qu'aux bénéfices de toutes opérations lucratives auxquelles il se livre, sous déduction des charges ci-après lorsqu'elles n'entrent pas en compte pour l'évaluation des revenus cédulaires :

1° Intérêts des emprunts et dettes à la charge du contribuable ;

2° Arrérages de rentes payées par lui à titre obligatoire et gratuit ;

3° Tous impôts directs et taxes assimilées acquittés par lui ou se rapportant aux déclarations par lui souscrites dans les délais légaux au cours de l'année précédente, à l'exception des majorations de droits pour défaut ou inexactitude de déclaration. Si des dégrèvements sont ultérieurement accordés sur ces impôts, leur montant est rapporté aux revenus de l'année au cours de laquelle le contribuable est avisé de leur ordonnancement ;

4° Cotisations à sa charge au titre des assurances sociales ;

5° Versements effectués en vue de la retraite mutualiste du combattant organisée par la loi du 4 août 1923 et la loi du 30 décembre 1928 art. 127 ;

6° En cas de cession ou de cessation d'entreprise, les déficits affectant l'exercice de liquidation, compte tenu, s'il y a lieu, des pertes des cinq années précédentes qui n'auraient pu être imputées sur le revenu cédulaire.

....

ART. 110. — N'entrent pas en compte pour la détermination des sommes passibles de l'impôt :

....

2° Les intérêts des bons du Trésor et des bons de la Défense nationale à échéance de trois au plus ;

3° Les arrérages des rentes perpétuelles 4 % émises en 1925 et les arrérages, payés jusqu'au 31 décembre 1945, des titres de rentes 3 % 1942 amortissables, remis aux porteurs de rentes perpétuelles 4 % 1925 qui ont accepté la conversion prévue par la loi n° 333 du 25 février 1942 ;

4° Les lots ainsi que les primes de remboursement attachées aux bons et obligations émis avec l'autorisation du ministre des Finances ;

5° Les pensions, prestations et allocations exonérées de l'impôt en vertu de l'article 61 ci-dessus ;

6° Les allocations d'attente versées, en application de l'art. 1er de la loi n° 825 du 1er septembre 1942, aux propriétaires dont les immeubles ont été détruits par suite d'actes de guerre.

ART. 111. — 1° Le revenu net correspondant aux diverses sources de revenus énumérés à l'art. 109 est déterminé chaque année d'après leur produit respectif pendant la présente année.

Il est constitué par l'excédent du produit brut effectivement réalisé, y compris la valeur

des profits et avantages dont le contribuable a joui en nature, sur les dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

2° Le revenu net foncier des propriétés bâties ou non bâties est évalué, en ce qui concerne les propriétés dont le contribuable se réserve la jouissance ou qu'il exploite directement ou par métayer, d'après les règles applicables pour l'assiette de l'impôt foncier. Il est évalué, en ce qui concerne les propriétés louées ou affermées, en défalquant du revenu brut le montant réel des travaux exécutés pour l'entretien des immeubles ainsi qu'une déduction forfaitaire représentant les frais de gestions, d'assurances et d'amortissement et calculée à raison de 20 % du revenu brut (sous réserve des dispositions temporaires de l'art. 8 de la loi du 13 janvier 1941).

3° Les revenus de capitaux mobiliers comprennent notamment toutes les distributions passibles de l'impôt cédulaire prévu au titre III du code fiscal des valeurs mobilières. Les revenus de cette nature qui ne sont point passibles de l'impôt cédulaire sont néanmoins soumis à l'impôt général s'ils ne sont pas exonérés de ce dernier impôt par une disposition spéciale.

Lorsqu'ils sont payables en espèces, les revenus visés au présent paragraphe sont soumis à l'impôt général sur le revenu au titre de l'année suivant celle soit de leur paiement en espèces ou par chèques, soit de leur inscription au crédit d'un compte.

4° Les bénéfices des professions industrielles, commerciales, artisanales, et ceux de l'exploitation minière, les bénéfices de l'exploitation agricole ainsi que les bénéfices tirés de l'exercice d'une profession non commerciale sont déterminés dans les mêmes conditions que pour l'assiette des impôts cédulaires qui leur sont rectectivement applicables. Les bénéfices visés au dernier alinéa de l'art. 21 et de l'art. 82 ci-dessus sont, pour la quote-part revenant à chaque participant ou syndicataire, lorsque cette quote-part n'entre pas dans les produits d'une exploitation ou d'une profession exercée à titre personnel, soumis à l'impôt général sur le revenu au titre de l'année suivant celle de leur répartition.

....

5° Les revenus provenant de traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, sont déterminés comme en matière d'impôt cédulaire. Toutefois la déduction forfaitaire pour frais inhérents à la fonction ou à l'emploi est calculée sur le revenu net versé par l'employeur, après défalcation des retenues pour la retraite, les assurances sociales et l'impôt cédulaire.

SECTION IX

Déductions motivées par la situation et les charges de famille des contribuables

ART. 115. — 1° Les contribuables mariés ont droit, sur leur revenu annuel, à une déduction de 5.000 francs.

La même déduction est accordée, en cas de décès de l'un des époux, au conjoint survivant non remarié et ayant à sa charge, dans les termes de l'art. 116 ci-après, un ou plusieurs enfants issus du mariage.

La déduction prévue au premier alinéa ci-dessus n'est pas applicable aux contribuables mariés dans le cas où le mari et la femme font l'objet d'impositions distinctes conformément au paragraphe 3 de l'art. 106 ci-dessus.

2° En outre, tout contribuable a droit sur son revenu annuel, à raison des enfants à sa charge dans les termes de l'art. 116 ci-après, à des déductions réglées comme suit :

5.000 fr. pour chacun des deux premiers enfants ;

10.000 fr. pour le troisième ;

15.000 fr. pour le quatrième et chacun des suivants.

En cas d'imposition séparée des époux, par application du paragraphe 3 de l'art. 106 ci-dessus, les déductions prévues au présent paragraphe sont accordées à celui des époux qui a la garde de l'enfant.

ART. 116. — Sont considérés comme étant à la charge du contribuable, à la condition de n'avoir pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de ce dernier :

1° Ses enfants, s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou s'ils sont infirmes ;

2° Sous les mêmes conditions, les enfants par lui recueillis à son propre foyer.

SECTION X

Calcul de l'impôt

ART. 117. *(Loi du* 31 *Janvier* 1944. — Pour le calcul de l'impôt, toute fraction de revenu inférieure à 1.000 fr. est négligée.

L'impôt est calculé en tenant, en outre, pour nulle la fraction du revenu qui, défalcation faite des déductions prévues à l'art. 115, n'excède pas 20.000 fr. et en comptant :

Pour quatre centièmes la fraction comprise entre 20.000 et 30.000 fr. ;

Pour six centièmes la fraction comprise entre 30.000 et 40.000 fr. ;

Et ainsi de suite en augmentant de deux centièmes par tranche de 10.000 fr. jusqu'à 60.000 fr. ; de quatre centièmes par tranche de 10.000 fr. jusqu'à 80.000 fr. ; de six centièmes par tranche de 10.000 fr. jusqu'à 100.000 fr. ; de cinq centièmes par tranche de 20.000 fr. jusqu'à 200.000 fr. ; de cinq centièmes par tranche de 25.000 fr. jusqu'à 400.000 fr. ; la fraction du revenu excédant 400.000 fr. est comptée intégralement.

Il est fait application au chiffre ainsi obtenu du taux de 70 %.

V. Divers

1° Certificats médicaux exempts de timbre

Les certificats de maladie délivrés par les médecins sont, en principe, assujettis au timbre de dimension, en vertu de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII qui atteint, d'une manière générale, tous les actes ou écritures susceptibles de faire titre ou d'être produits pour justification. *Toutefois*, sont exemptés de cet impôt notamment :

1° Les certificats délivrés aux fonctionnaires par le médecin assermenté de leur Administration (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

2° Les certificats délivrés par les médecins assermentés ou non, quand ces documents concernent des agents accomplissant un service actif de l'Etat (art. 16 de la loi du 29 mars 1897).

3° Les certificats délivrés par les médecins sur la réquisition des agents de l'autorité administrative ou judiciaire ou de la force armée (loi du 13 brumaire an VII, art. 16).

4° Les certificats délivrés sur la demande des particuliers lorsque ces particuliers se munissent au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et des délits.

5° Les certificats de maladie, de guérison ou d'infirmités et tous certificats faits en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail (art. 29 de cette loi) ;

6° Les certificats ayant pour objet le service de l'assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913, art. 6 et 10) :

7° Les certificats relatifs au service de l'assistance médicale gratuite (loi 15 juliet 1893, art. 32).

8° Les certificats ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources (loi 14 juillet 1905, art. 36 et 38) ;

9° Les certificats relatifs au service des enfants assistés, des enfants maltraités ou moralement abandonnés (loi des 24 juillet 1889, art. 17, 21, 25, 27 juin 1904, art. 54 et 28 juin 1903, art. 2).

10° Les certificats ou attestations fournis aux Compagnies d'assurances par leurs médecins délégués à titre de simple renseignement d'ordre intérieur et à la condition qu'ils ne puissent pas, en vertu de la police, constituer un titre opposable à l'assuré (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

11° Les certificats relatifs à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868, portant création de deux Caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles ou industriels (art. 19 de cette loi) ;

12° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse (lois des 18 juin 1850, art. II et 20 juillet 1886, art. 24) ;

13° Les certificats relatifs aux procédures visées par les art. 13 et 14, 26 et 27 de la loi du 29 juin 1894, sur les Caisses de secours et de retraite aux ouvriers mineurs ;

14° Les certificats concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes (loi du 5 avril 1910 et décret du 25 mars 1911) ;

15° Les certificats délivrés par les médecins des hôpitaux aux malades qu'ils ont soignés (décret du 7 octobre 1898) ;

16° Les certificats délivrés à un militaire par un médecin civil pour obtenir une prolongation de congé ou une saison aux eaux thermales (loi du 13 brumaire an VII, art. 16)

17° Les certificats délivrés à des réservistes pour constater leur impossibilité physique de répondre à un ordre d'appel pour une période d'instruction (loi du 13 brumaire an VII.)

18° Les certificats relatifs à l'exécution des lois des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905 ayant pour objet la création d'une Caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession (loi des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905, art. 26) ;

19° Les permis d'inhumer prescrits par l'art. 77 du Code civil (art. 16 de la loi du 13 brumaire an VII) ;

20° Les certificats ayant exclusivement pour objet la protection des Pupilles de la Nation (loi du 27 juillet 1917, art. 31) ;

21° Les certificats délivrés en exécution de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires ;

22° Les certificats faits pour l'exécution des art. 6 et 26 de la loi du 1er avril 1923, sur le recrutement de l'armée (art. 26 de cette loi) ;

23° Les certificats délivrés aux membres participants des sociétés de secours mutuels régulièrement approuvées ou reconnues d'utilité publique (loi du 1er avril 1898, art. 19 et 33) ;

24° Les certificats délivrés en temps de guerre aux consommateurs privilégiés (malades ou enfants) pour l'exécution des dispositions réglementaires relatives au ravitaillement de la population (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

25° Les certificats pour justifier l'absence des enfants de l'école primaire ou pour obtenir leur réintégration (loi du 13 brumaire an VII).

26° Les certificats délivrés aux témoins cités dans une instance criminelle (loi du 13 brumaire an VII, art. 16) ;

27° Les certificats d'aptitude des nourrices (loi du 23 décembre 1874) ;

28° Les certificats rédigés en exécution de la loi du 12 juin 1893 sur la sécurité des travailleurs (art. 11 de cette loi) ;

29° Les certificats d'aptitude physique pour le travail des enfants dans les établissements industriels (loi du 2 novembre 1892, art. 2) ;

30° Les certificats de vaccination ou de revaccination prescrits par la loi du 15 février 1902 (loi du 13 brumaire an VII, art. 16, n° 1) ;

31° Les certificats de revaccination prescrits par le ministre de l'Instruction publique ;

32° Les certificats de vaccination antidiphtérique remis d'office par les médecins des hôpitaux, en conformité des instructions du département de la Santé publique, aux parents dont les enfants ont reçu les trois injections complémentaires d'anatoxine (décret du ministre des Finances du 13 août 1931) ;

33° Les certificats médicaux délivrés pour l'exécution de la loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales ;

34° Les certificats d'examen médical avant le mariage, institués par l'art. 4 de la loi du 16 décembre 1942 (loi n° 430 du 29 juillet 1943.)

Tous ces certificats, pour bénéficier de l'exemption doivent être revêtus d'une mention précisant leur destination.

2° Taux des droits de timbres-quittances

(*Loi du* 6 *janvier* 1943, *art.* 42.)

0 fr. 50 jusqu'à 50 francs.

1 franc quand les sommes sont comprises entre 50 et 100 francs.

2 francs quand les sommes sont comprises entre 100 et 1.000 francs.

3 francs entre 1.000 et 10.000 francs.

5 francs entre 10.000 et 50.000 francs.

Et au delà 5 francs en sus par nouvelle fraction de 50.000 francs.

3° Quittances exemptes de timbre

Les quittances des médecins sont, en principe, passibles du droit de timbre gradué ;

Toutefois, elles peuvent en être exemptées lorsqu'elles entrent dans l'une ou l'autre des catégories d'actes suivantes :

1° Actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (art. 15 et 29 de cette loi) ;

2° Actes ayant exclusivement pour objet le service de l'Assistance aux familles nombreuses (Loi du 14 juillet 1913 art. 10).

3° Actes exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale (loi du 15 juillet 1893, art. 32),

4° Actes faits en vertu de la loi du 14 juillet 1905 et ayant exclusivement pour objet le service de l'Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables (art. 36 et 38 de cette loi).

5° Pièces exclusivement relatives à l'exécution de la loi du 11 juillet 1868 portant création de deux caisses d'assurances, l'une en cas de décès et l'autre en cas d'accidents résultant de travaux agricoles et industriels (art. 19).

6° Actes faits en vertu des lois du 24 juillet 1889, du 19 avril 1898 et du 27 juin 1904 et exclusivement relatifs au service des enfants assistés (art. 18 de la loi du 24 juillet 1889 et 54 de la loi du 27 juin 1904).

7° Actes ou reçus établis en vertu du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Pour bénéficier de l'exemption, tous ces reçus doivent être revêtus d'une mention, précisant leur destination et l'objet qui motive d'exemption.

Lorsque les quittances sont soumises au timbre ceux-ci doivent être régulièrement oblitérés par l'inscription à l'encre de la date et de la signature du médecin.



Le Gérant : J. MIGNON
N° d'autorisation : 20.751

Mars 1944

Lang, Blanchong et Cie, impr.
30, rue du Poteau, Paris (18° 31.1040

Nº d'ordre : 27 PRIX : 6 Francs

La DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE du MÉDECIN PRATICIEN

379 à 381

Éditée par le CONCOURS MÉDICAL

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS-IXe

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

LA DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE
DU MÉDECIN PRATICIEN

Editée par le CONCOURS MÉDICAL

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

L'organisation actuelle de la médecine préventive

Nous avons groupé dans le présent fascicule des textes de parution fort récente et qui ne se trouvent rassemblés nulle part ailleurs.

Les dispositions sur le Certificat prénuptial *ont déjà fait l'objet d'abondants commentaires : une remarque seulement, sur la date du certificat. Dans l'état actuel des textes, le certificat ne peut être antérieur que d'un mois à la publication du mariage. La publication, elle, doit être faite au plus tard dix jours avant le mariage, mais elle peut, aux termes de l'art.* 65 *du Code civil, précéder le mariage d'un an. Dans certains cas extrêmes, un délai de treize mois pourra donc s'écouler entre la date du certificat prénuptial et la date du mariage. Si l'on voulait donner toute son efficacité à cette mesure sanitaire, on devrait donc, par une réforme de l'article* 65 *du Code civil, réduire considérablement le délai de validité de la publication de mariage.*

La loi du 16 *décembre* 1942 *sur la* Protection maternelle et infantile *est plus une œuvre de codification que de législation originale. Sauf en ce qui concerne le certificat prénuptial et le carnet de santé, cette loi se borne souvent à reproduire, en les modifiant légèrement, un ensemble de textes analogues auxquels elle se substitue. Elle doit être complétée par plusieurs décrets d'application. Ceux-ci tardant à paraître, une circulaire ministérielle du* 7 *mai* 1943, *dont nous donnons de larges extraits, est venue projeter quelques lumières sur certains points essentiels que la loi avait laissés dans l'ombre : tels, le statut du médecin agréé, les domaines d'activité respectifs de l'assistante sociale et du médecin, l'unité de visiteuse sociale par foyer, etc. D'autres difficultés provenant de la nécessité de combiner les visites prénatales prescrites par la loi du* 16 *décembre* 1942 *et celles déjà prévues par la législation sur les* Assurances sociales *ont été aplanies par une autre circulaire du* 2 *août* 1943, *dont nous donnons aussi des extraits. Mais ces précisions, pour intéressantes qu'elles soient, ne sont qu'indicatives. Il serait donc souhaitable que les décrets d'application interviennent rapidement, car la législation sur la protection maternelle et infantile n'a que fort peu imprégné la vie des départements français ; et cette question peut avantageusement soutenir la comparaison, du point de vue intérêt national, avec le statut de l'escargot, les formalités du serment du courtier-gourmet-piqueur des vins de Paris ou autres fantaisies qui encombrent actuellement les colonnes du* Journal Officiel.

Le Carnet de santé *n'est pas en soi une institution nouvelle. De nombreuses collectivités ont déjà créé des carnets de santé, mais ces réalisations parcellaires n'ont pu atteindre qu'un petit nombre d'individus. La loi du* 16 *décembre* 1942 *donne à cette mesure le caractère obligatoire et lui fournit un plan de réalisation s'étendant à toutes les périodes du développement physiologique de l'individu. Il y aura d'une part un carnet de santé permanent restant toujours entre les mains du titulaire, et d'autre part quatre ou cinq carnets destinés au médecin de la collectivité à laquelle appartient le sujet : carnet de première enfance, carnet scolaire, carnet de l'apprenti ou du lycéen, carnet du travailleur. Le premier modèle mis au point, dont nous publions les éléments, est le carnel de santé n°* 2 *pour la période scolaire.*

La loi du 13 *août* 1943 *sur le* Contrôle médical de la jeunesse *joue le même rôle de codification que celui joué par la loi du* 16 *décembre* 1942 *en matière de protection de l'enfance. Pas plus que la loi du* 16 *décembre* 1942, *la loi du* 13 *août* 1943 *n'a encore reçu application.*

Quant aux textes sur la Médecine du travail, *ils intéresseront, pensons-nous, particulièrement les lecteurs. Car la médecine du travail, nouveau secteur de la médecine sociale, constitue à l'heure actuelle un débouché fort important pour les jeunes médecins que préoccupe la sauvegarde de l'équilibre physique et moral de la classe ouvrière. Les documents publiés leur donneront l'essentiel, au point de vue juridique, de leur statut et de leur mission : un squelette. S'ils veulent donner chair à ce squelette et animer cette lourde matière, ils devront se reporter à la bibliographie que nous indiquons ci-dessous et notamment aux ouvrages émanant de l'équipe de pionniers de la médecine du travail qui, il y a peu de temps encore, se trouvait rassemblée au sein du Comité permanent chargé d'élaborer la doctrine de la médecine du travail. A la suite de mutations politiques, un esprit nouveau souffle sur la médecine du travail. Du plan humain sur lequel elle s'épanouissait, on tente de la faire descendre au niveau de la simple technique sanitaire. Ce serait l'amputer du meilleur d'elle-même. Nous souhaitons de tout cœur que cette éclipse soit d'aussi courte durée que possible et que l'équipe descendante soit de nouveau appelée à prendre le quart.*

La rédaction de la loi du 28 *juillet* 1942 *avait fait naître quelques inquiétudes dans l'opinion médicale, notamment quant à la participation des médecins du travail à la médecine de soins. Des instructions ministérielles précises ont été données par la circulaire du* 7 *mai* 1943, *que nous publions. La direction des Assurances sociales a, d'autre part, confirmé son accord sur les principes dégagés dans cette circulaire par une note du* 11 *novembre* 1943, *que nous publions également. On peut donc espérer que médecins du travail convenablement orientés et médecins traitants pourront, à l'avenir, entretenir des rapports, non seulement courtois mais cordiaux, sous la surveillance du Conseil de l'Ordre, et ce, pour le plus grand bien de la population travailleuse.*

P. DOURIEZ.

Bibliographie sur la médecine du travail

La Médecine du travail, par les D[rs] *Gros et Ménétrier*. Bernard frères.

Service médical d'entreprise, par les D[rs] *Perret et Perrault*. Bibliothèque de l'Actualité sociale.

Les Valeurs de la Vie, par le D[r] *Barthe*. Bloud et Gay.

Le Service médical d'entreprise. *Comité français d'études « Prévention et Sécurité »*.

La Médecine du travail, par le D[r] *Barthe*. Presses Universitaires de France.

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

I. Certificat prénuptial

1° Le principe

Code civil

Article 63 *(modifié par les lois du* 16 *décembre* 1942 *et du* 29 *juillet* 1943*)*

« L'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication prévue à l'alinéa ci-dessus ni, en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, qu'il a été examiné en vue du mariage.

« L'officier de l'état civil qui ne se conformera pas aux prescriptions de l'alinéa précédent sera poursuivi devant le tribunal de première instance et puni d'une amende qui ne pourra excéder 100 fr.

« Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont supportés comme suit :

« 1° Par les caisses d'assurances sociales en ce qui concerne leurs affiliés ;

« 2° Par le service de l'assistance médicale gratuite pour ceux qui en ont obtenu le bénéfice ;

« 3° Par les intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni assistés. »

2° Dispositions exceptionnelles

Loi du 29 *juillet* 1943
relative au certificat médical avant le mariage

Art. 2. — L'article 169 du code civil est ainsi complété :

« Il (le Procureur de la République) peut également, dans des cas exceptionnels, dispenser les futurs époux, ou l'un d'eux seulement, de la remise du certificat médical exigé par l'article 63, alinéa 2.

« Le certificat médical n'est exigible d'aucun des futurs époux au cas de péril imminent de mort de l'un d'eux prévu par l'article 75, deuxième alinéa, du code civil. »

Art. 3. — L'article 1er du décret-loi du 9 septembre 1939 ayant pour objet de permettre en temps de guerre le mariage sans comparution personnelle des militaires et marins présents sous les drapeaux, modifié par les lois des 5 mars 1940 et 25 janvier 1941, est complété par l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux prescriptions de l'article 63 du code civil modifié par la loi du 16 décembre 1942, le délai de validité du certificat d'examen médical est porté, pour le futur époux qui ne comparaît pas en personne, de un mois à trois mois. »

3° Régime fiscal

Loi du 29 *juillet* 1943

Art. 4. — L'article 362 du décret du 21 décembre 1934 portant codification en matière de droits de timbre est complété par l'alinéa suivant :

« Sont également délivrés sur papier libre les certificats médicaux exigés des futurs époux en vertu de l'article 63 du code civil. »

4° Dispositions d'application

Circulaire ministérielle du 7 *mai* 1943

....

Dans la pratique, le certificat devra être libellé comme suit :

« Je soussigné, Docteur X..., certifie avoir examiné ce jour M. ou Mlle... en vue de son mariage. »

Pour atteindre le but recherché, l'examen médical devra dans tous les cas avoir en vue le dépistage des maladies transmissibles et, au premier chef, de la *tuberculose et des maladies vénériennes.* Dans ce but, l'idéal à atteindre est l'examen complet, clinique, radiologique et sérologique, des candidats au mariage. Il est évident qu'une telle exigence ne peut être toujours réalisée ; l'équipement sanitaire ne le permet pas partout et d'ailleurs la connaissance approfondie préalable que le médecin peut avoir des futurs époux (médecin de famille) peut lui permettre de s'abstenir d'une partie de ces examens laissés à sa libre appréciation. Des directives détaillées seront données sur ce point au Corps médical.

Il importe de rappeler que toute maladie vénérienne dépistée au cours de ces examens entraîne, pour le médecin et le malade, les obligations prévues par la loi du 31 décembre 1942.

Il est essentiel de réduire au minimum, pour les intéressés, les frais résultant des multiples examens qu'implique la délivrance du certificat d'examen médical avant mariage. Dans ce but, on utilisera le plus largement possible les « Centres de protection sanitaire et sociale », les dispensaires, les consultations hospitalières, etc. Il est logique que la collectivité prenne en charge, en totalité ou en partie, les frais imposés aux individus dans l'intérêt général.

....

II. Protection maternelle et infantile

A. ORGANISATION GÉNÉRALE

Loi du 16 *décembre* 1942

Article premier. — La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères ainsi que celle des enfants, de la naissance à l'âge de six ans, est organisée dans les conditions fixées par la présente loi.

1° Protection médico-sociale

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 2. — La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans la région sanitaire. Chaque région est divisée en circonscriptions dans le cadre du département, chacune de ces circonscriptions étant elle-même divisée en un certain nombre de secteurs.

La circonscription comprend un centre principal de protection maternelle et infantile et, accessoirement, des centres secondaires.

Dans chaque département, la direction de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social, est assurée sous l'autorité du directeur régional de la santé et de l'assistance et par le médecin inspecteur de la santé.

L'administration en incombe à la division de la préfecture chargée des questions d'assistance et d'hygiène.

Le contrôle administratif et financier est effectué sous l'autorité directe du directeur régional de la santé et de l'assistance, par l'inspecteur des services de l'assistance.

Dans le département de la Seine, les attributions conférées par la présente loi aux médecins inspecteurs de la santé et aux inspecteurs des services de l'assistance sont dévolues au directeur général de l'administration de l'assistance publique à Paris.

2° Protection sociale

Loi du 16 décembre 1942

ART. 3. — La protection sociale de la famille est assurée dans chaque région sous l'impulsion et le contrôle du délégué régional à la famille, par les organismes de mutualité, d'assurances sociales, d'allocations familiales dépendant des organisations professionnelles, ainsi que par les associations familiales, les institutions ou œuvres privées.

Le contrôle technique sanitaire de ces divers services sociaux est assuré par les services de protection *médico-sociale prévus à l'article* précédent.

Dans chaque région, le préfet régional, assisté du directeur régional de la santé et de l'assistance et du délégué régional à la famille, veille à la coordination de l'activité de tous les services sociaux ; il invite les institutions privées à prendre les initiatives nécessaires pour compléter les cadres des services d'assistance sociale. A défaut d'initiative privée, le préfet régional provoque, de la part des organismes publics, les nominations utiles et arrête un plan de coordination : il fait établir un fichier central des familles protégées et veille à ce que soit évité tout double emploi.

3° Rôle des fonctionnaires et organismes appelés à collaborer à l'application de la loi

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

. . . .

LES DIRECTEURS RÉGIONAUX.

La protection médico-sociale et infantile sera organisée dans la région sanitaire, sous l'autorité du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Si les services sont effectivement départementaux, il n'en ressort pas moins de ce texte que c'est à ce haut fonctionnaire qu'il appartiendra de donner l'impulsion générale pour l'ensemble de la région et les directives nécessaires aux fonctionnaires placés sous ses ordres, les inspecteurs de la Santé et ceux des services de l'Assistance, pour l'installation et la mise en marche des divers rouages appelés à assurer l'application de la loi.

Il ne perdra pas de vue, toutes les fois que la loi s'en remet à lui du soin de décider de la nature des examens médicaux nécessaires (art. 5, art. 21, 3e alinéa), que le dépistage de la tuberculose et de la syphilis ne peut être correctement effectué par la seule clinique et qu'il nécessite toujours des examens complémentaires (radiologiques, sérologiques, etc.).

Obligé d'adapter ces exigences à l'état de l'armement antituberculeux et antivénérien local, il fera tous ses efforts pour développer cet armement et augmenter ainsi l'efficacité de la loi.

Il lui incombe, en conséquence, de susciter dans toute l'étendue de sa région, la création ou l'extension des centres prévus dans l'article 20, qui constituent l'armature essentielle de la protection de la mère et de l'enfant (*voir ci-dessous page 3*).

Il s'attache également au recrutement d'assistantes sociales dont le nombre et la qualité commanderont les résultats à atteindre.

Compte tenu des caractères différents que peuvent présenter les divers départements d'une même région, il s'efforcera d'inspirer les règlements départementaux, de façon à aboutir à une organisation régionale aussi homogène que possible.

ADMINISTRATION DU SERVICE.

L'administration du service sera confiée dans *chaque département* à la **division de la préfecture chargée des questions d'assistance et d'hygiène.**

Celle-ci sera chargée :

1° De l'établissement des listes d'enfants surveillés et de leur notification aux médecins-inspecteurs de la Santé qui mettront en œuvre le service social et, s'il y a lieu, les médecins agréés ;

2° De la fourniture des imprimés nécessaires au service et, notamment, des carnets de santé et de la distribution de ces derniers aux maires ;

3° Du collationnement et de la vérification des états afférents aux visites effectuées par les assistantes sociales et les médecins agréés, et du mandatement des traitements, honoraires et indemnités kilométriques qui en résultent ;

. . . .

6° De la préparation des arrêtés de nomination des médecins agréés et des assistantes sociales.

L'INSPECTEUR DE LA SANTÉ.

Dans chaque département, la direction de la protection maternelle et infantile sera assurée par le médecin-inspecteur de la Santé.

Il propose au préfet, après avis de l'inspecteur des services de l'Assistance, le règlement départemental du service.

Ce fonctionnaire contrôlera sur place les visites effectuées par les médecins agréés et il visera les mémoires soumis.

Il contrôlera les assistantes sociales qui devront être placées sous sa direction technique et lui rendre compte de leur activité.

Il assurera la surveillance de la tenue des carnets de santé, du fonctionnement des consultations de nourrissons, des pouponnières et des crèches et des bureaux de nourrices.

. . . .

L'INSPECTEUR DES SERVICES DE L'ASSISTANCE.

Il devra donner son avis sur l'organisation générale du service, la nomination des assistantes sociales, celle des médecins agréés et l'établissement du bugdet.

LE SERVICE SOCIAL.

Les assistantes sociales auront un rôle primordial dans la nouvelle organisation. Il s'agit de savoir si elles devront être polyvalentes ou spécialisées. L'expérience a démontré que la polyvalence est, en principe, de beaucoup préférable à la spécialisation. En effet, elle évite les visites simultanées de différentes assistantes dans un même foyer. D'autre part, il est d'observation constante que les familles se confient bien plus facilement à une assistante connue de longue date qu'à celles qui, mandatées par des organismes divers, se succèdent dans un même foyer. Donc, sauf dans des cas exceptionnels qu'il appartiendra

au directeur régional d'autoriser, la polyvalence s'imposera. Toutefois, les assistantes polyvalentes ainsi choisies devront être animées et contrôlées par des monitrices spécialisées en matière de protection maternelle et infantile.

Pour répondre à ces différentes préoccupations, le service social devra être organisé sur la base du secteur géographique dans lequel une seule assistante sera qualifiée pour assurer l'ensemble du travail social.

De cette façon, seront évitées :

1° Les pertes de temps inhérentes aux rayons d'action trop étendus ;

2° La solution de continuité qui, à l'heure actuelle, se produit trop fréquemment dans l'action sociale avec les services spécialisés qui cessent de s'occuper d'une famille lorsque le motif qui avait amené la prise en charge de la famille a cessé d'exister ;

3° La compétition qui existe parfois dans le choix des familles entre différents services sociaux.

Les assistantes sociales doivent, en principe, être diplômées d'Etat.

Comme, dans les circonstances actuelles, il est inévitable que la pénurie de diplômées soit appelée à créer des difficultés d'application, j'estime qu'à titre essentiellement transitoire, il pourra être fait appel à des auxiliaires choisies en raison de leur conscience et de leur dévouement.

....

4° Etablissements concourant à la protection maternelle et infantile

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 20. — Le centre principal de protection maternelle et infantile prévu dans chaque circonscription par l'article 2 de la présente loi est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes publics ou privés exerçant leur activité, en partie ou en totalité, dans le domaine de la protection maternelle et infatile.

Le centre comprend obligatoirement :
Une consultation de médecine générale ;
Une consultation prénatale ;
Un service d'accouchement ;
Un service antivénérien ;
Une consultation antituberculeuse ;
Une consultation de nourrissons ;
Une consultation de pédiatrie. —

Il doit avoir à sa disposition un ou plusieurs services hospitaliers spécialisés (femmes enceintes, nourrissons et enfants) ainsi qu'un laboratoire de radiologie et un laboratoire d'analyses médicales.

Des centres secondaires sont constitués par le directeur régional, suivant les besoins et les possibilités offertes par l'armement sanitaire local.

Art. 21. — Surveillance des établissements. — La surveillance de tous les établissements recevant des enfants en nourrice ou en garde, tels que : maisons maternelles, crèches, pouponnières, chambres d'allaitement, est exercée, au point de vue médical et technique, par les médecins inspecteurs de la santé, et, au point de vue administratif et financier, par les inspecteurs des services de l'assistance. Cette surveillance s'étend obligatoirement aux consultations de nourrissons et gouttes de lait, qui concourent à l'application de la loi, ainsi qu'aux bureaux de placement de nourrices, aux meneurs, meneuses, sages-femmes et autres intermédiaires s'employant habituellement au placement des enfants.

L'ouverture des différents établissements est subordonnée à l'autorisation du directeur régional de la santé et de l'assistance. Tout refus d'agrément devra être motivé et basé sur des considérations d'ordre technique.

La surveillance de l'état de santé des personnes énumérées au premier alinéa du présent article ainsi que du personnel des établissements visés au même alinéa incombe aux médecins inspecteurs de la santé. Les modalités en seront fixées par le directeur régional de la santé et de l'assistance qui pourra prescrire notamment tous examens utiles dans un dispensaire.

Quiconque exerce sans autorisation préalable la profession de directeur de bureau de nourrices, de meneur ou de meneuse, ou qui néglige de se conformer aux conditions de l'autorisation et aux prescriptions du règlement, est puni d'une amende de 200 fr. à 3.600 fr. ; en cas de récidive, un emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être également prononcé.

Les conditions dans lesquelles sera accordée cette autorisation et les modalités de la surveillance des établissements visés à l'alinéa 1er seront fixées par décret.

Circulaire du 7 *mai* 1943

....

En application des articles 2 et 20, chaque département comprendra une ou plusieurs circonscriptions qui constitueront chacune un centre principal de protection maternelle et infantile et devront réunir obligatoirement l'ensemble des organismes publics ou privés énumérés dans l'article 20. Quant aux centres secondaires, dont l'ouverture sera fonction, à l'origine, des possibilités offertes par l'armement sanitaire local, il conviendra, sous peine de réduire considérablement les bénéfices à attendre de la loi, de tout mettre en œuvre pour les multiplier et les doter du personnel compétent et du matériel nécessaire.

Ainsi que le précisera par ailleurs la circulaire relative à la réorganisation de la lutte antituberculeuse, il conviendra de faire coïncider les limites des secteurs prévus par l'article 2 de la loi du 16 décembre 1942 avec les circonscriptions de dispensaires. Il y aura au surplus de sérieux avantages à grouper le plus possible les différentes consultations ou services dans les mêmes immeubles en prévoyant toutefois pour tenir compte du point de vue psychologique, des entrées, des salles de consultations et d'attente différentes et des honoraires d'examens particuliers.

5° Secret professionnel

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 37. — L'article 378 du code pénal relatif au secret professionnel est applicable à toute personne appelée à collaborer à la protection de la maternité et de la première enfance.

6° Dispositions financières

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 31. — Les dépenses de la protection de la maternité et de l'enfance comprennent les dépenses de protection et les dépenses d'assistance.

Art. 32. — Dépenses de protection. — Les dépenses de protection comprennent :

1° Les dépenses des services publics d'assistantes sociales qui concourent à l'application de la présente loi ;

2° **Les honoraires médicaux et les indemnités de déplacement des médecins appelés à visiter les enfants à la demande du service ; les tarifs utilisés pour le calcul desdits honoraires et indemnités de déplacement sont ceux de l'assistance médicale gratuite en vigueur dans le département ;**

3° Les frais de fonctionnement des consultations de nourrissons publiques agréées ;

4° Les récompenses pécuniaires aux nourrices et les primes d'assiduité aux consultations de nourrissons ;

5° Les imprimés du service, notamment les carnets de santé prévus par l'article 11 de la présente loi.

....

Art. 33. — Recettes de protection. — Ces recettes comprennent :

1° Les remboursements effectués par les organismes professionnels en contrepartie de la surveillance exercée et des soins donnés au profit de leurs ressortissants ;

2° Les versements effectués par les bénéficiaires eux-mêmes ;

3° Les subventions, dons et legs faits sans affectation spéciale.

Art. 34. — Dépenses d'assistance. — Les dépenses d'assistance comprennent :

1° Les allocations aux femmes en couches ;

2° Les primes d'allaitement.

....

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

Honoraires et frais de déplacement des médecins agréés

a) *Visites médicales à domicile.* — Les taux des honoraires et des indemnités de déplacement des médecins agréés devront être les mêmes que ceux prévus par le règlement départemental d'assistance médicale gratuite.

A titre transitoire et pendant un délai d'un an, si le nombre des assistantes sociales est insuffisant, les visites à domicile pourront être effectuées, comme dans le passé, par les anciens médecins-inspecteurs ; ils seront désignés à cet effet par le directeur régional, parmi ceux qui auront donné toute satisfaction. Il est bien entendu qu'alors le rythme des visites prévues par le règlement du 1er septembre 1938 ne sera pas maintenu, et que les médecins auront à se conformer à ce point de vue à la nouvelle réglementation.

Pendant cette période transitoire, la rémunération prévue pour les médecins de l'assistance médicale gratuite pourra leur être attribuée.

b) *Frais de certificats délivrés aux nourrissons et gardiennes et d'examens préventifs prévus par l'article* 41. — Comme par le passé, les frais des certificats exigés des nourrices et gardiennes seront à la charge du service, les tarifs d'honoraires médicaux seront ceux qui sont pratiqués en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite. Pour les examens sérologiques, on s'adressera autant que possible au laboratoire départemental ou, à défaut, aux laboratoires agréés (dépendant des services hospitaliers ou privés). Pour les examens complémentaires de dépistage de la tuberculose (radiologie, bactériologie), on utilisera les ressources des dispensaires, afin de limiter au strict minimum les frais correspondants. Des ententes devront être passées à cet égard avec les différents organismes. En tout état de cause, les remboursements ne pourront être supérieurs aux taux prévus par le tarif pharmaceutique interministériel.

Frais de fonctionnement des consultations de nourrissons publiques agréées

Pour que l'Etat participe aux dépenses des consultations, il faut que celles-ci soient publiques, c'est-à-dire qu'elles soient créées par le département ou une commune et agréées par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

Si la consultation est publique, elle fera partie du service et ses frais de fonctionnement seront supportés par les trois collectivités.

Si elle est privée et rattachée au comité prévu au début de la présente circulaire, elle pourra éventuellement bénéficier seulement d'une subvention des collectivités.

7° Sanctions

Loi du 16 décembre 1942

Art. 38. — ....

Quiconque de quelque manière que ce soit, aura mis les fonctionnaires ou les agents qualifiés par la présente loi dans l'impossibilité d'accomplir leurs fonctions sera puni d'une amende de 200 à 3.600 fr. sans préjudice des dispositions des articles 209 et suivants du code pénal.

Sont applicables à tous les cas prévus par la présente loi les articles 482 et 483 du code pénal.

B. PROTECTION DES MÈRES

1° Examens médicaux

Loi du 16 décembre 1942

Art. 5. — **Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations en argent versées par l'Etat, par les collectivité publiques ou les établissements publics, par les caisses d'assurances** sociales ou d'allocations familiales, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale. **Elle doit, en outre, faire l'objet d'au moins deux examens au cours de sa grossesse.**

Le directeur régional de la santé et de l'assistance détermine, compte tenu de l'armement sanitaire dont il dispose, la nature et les modalités des examens qui devront être pratiqués en vue du dépistage de la tuberculose et de la syphilis.

Ces examens sont pratiqués :

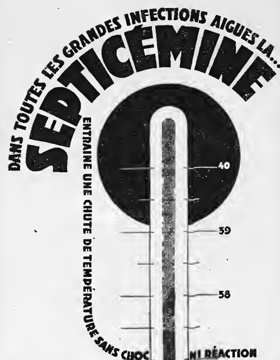
a) Soit par un médecin au choix de l'intéressée ;

***b*) Soit par un médecin d'un centre de protection maternelle et infantile ;**

***c*) Soit par un médecin inscrit au service**



Quinocarbine
Bismuth
Oxyquinoléine
Charbon
Cachets
Granulés
Laboratoire E. Charpentier
7, Rue du Bois de Boulogne
Paris 16e



DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL. 7, R. DE L'ARMORIQUE . PARIS

de l'assistance médicale gratuite pour les bénéficiaires de ce service.

Dans les deux derniers cas, les frais d'examen sont répartis conformément aux lois et règlements en vigueur.

La suspension partielle ou totale des allocations visées par le premier alinéa du présent article est prononcée par l'organisme payeur, notamment à la demande du directeur régional de la santé et de l'assistance, de l'inspecteur du travail ou du contrôleur des lois sociales en agriculture. Un décret déterminera pour chacune des administrations intéressées les conditions d'application du présent article.

Loi du 6 janvier 1942 simplifiant le fonctionnement des assurances sociales

ART. 4. § 1er, al. 2. — ...Toutefois, pour le bénéfice des prestations de l'assurance-maternité, il doit être justifié en outre... que la première constatation médicale de la grossesse a été portée à la connaissance de la caisse au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement, sauf empêchement que le service régional appréciera.

Décret-loi du 28 octobre 1935 modifié par celui du 14 juin 1938 sur les assurances sociales

ART. 9. § 7. — Sous peine d'encourir les sanctions qui seront fixées au règlement d'administration intérieure et qui, pour les assurées, peuvent aller jusqu'à la déchéance du droit aux indemnités journalières et aux primes d'allaitement, l'intéressée doit :

1° Justifier, auprès de la Caisse d'assurances, de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ;

2° Se conformer aux prescriptions indiquées par la caisse d'assurance dans son règlement intérieur, en ce qui concerne notamment les visites prénatales et postnatales, la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons.

N. B. — *Voir texte du règlement intérieur-type des caisses, fascicule n° 21, page 4.*

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

. . . .

La loi du 16 décembre 1942 s'est montrée un peu plus rigoureuse que l'ancienne législation puisqu'elle prévoit obligatoirement deux visites médicales ; la première subie au bout du troisième mois pour déceler que la femme est en état de grossesse et rechercher si elle n'est pas atteinte de tuberculose ou de maladies vénériennes ; la seconde pour confirmer l'état de grossesse de l'intéressée. La première visite doit comporter les examens du dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes. On ne renoncera à certains examens complémentaires nécessaires (radioscopie) qu'en cas d'impossibilité absolue. L'examen sérologique (prise de sang et envoi au laboratoire agréé) ne nécessitant qu'un matériel minime et banal sera toujours pratiqué.

. . . .

Dans les villes disposant d'un « Centre de prévention sanitaire et sociale » et de médecins spécialistes la consultation prénatale aura avantage à être assurée par le concours d'un gynécologue, d'un vénéréologue, d'un phtisiologue.

Partout, d'ailleurs, il est possible de s'adresser à un praticien averti ayant l'expérience de la surveillance de la grossesse, capable d'examiner un sujet à l'écran radioscopique et de faire correctement une prise de sang. Dans certaines circonscriptions rurales, il pourra y avoir avantage à établir « des consultations itinérantes » desservant à jour fixe les agglomérations rurales les plus déshéritées. Ces consultations peuvent être confiées à une « équipe » (médecin et assistante sociale) disposant d'un appareil radiologique mobile et du menu matériel nécessaire pour les prises de sang, le tout véhiculé par une voiture de tourisme suivie ou non d'une remorque, ou plus facilement par camionnette aménagée.

La loi a spécifié que l'obligation de se soumettre aux examens prénataux sera sanctionnée par la possibilité pour les organismes payeurs de refuser le paiement total ou partiel des allocations en argent.

Etant donné les difficultés actuelles de déplacement, il y aura lieu, au début tout au moins, tant que persisteront les circonstances présentes, d'user surtout de persuasion et de n'employer ces moyens de coercition qu'avec la plus grande modération.

. . . .

Circulaire du Directeur des Assurances sociales du 2 août 1943 sur l'application de la loi du 16 décembre 1942.

L'article 4, paragraphe 1er, alinéa 2, de la loi du 6 janvier 1942 sur les Assurances sociales dispose que, pour obtenir les prestations de l'assurance-maternité, il est indispensable notamment que la grossesse ait été portée à la connaissance de la Caisse au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement. Le long délai ainsi accordé aux intéressées pour informer leur Caisse permet évidemment à la plupart d'entre elles d'éviter la déchéance du droit aux prestations.

Mais il présente en revanche l'inconvénient de retarder l'intervention du Service médical de la Caisse en vue du dépistage éventuel de la tuberculose et des maladies vénériennes. Certes, l'alinéa 3 du paragraphe 7 de l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, dont les dispositions ne sont pas abrogées, donne aux caisses la possibilité de fixer dans leur règlement intérieur les prescriptions qu'elles jugent nécessaires, notamment en ce qui concerne les visites prénatales. On peut donc admettre qu'elles ont le droit de fixer non seulement le nombre, mais aussi l'époque de ces visites, en stipulant que la première doit avoir lieu dès que l'intéressée a connaissance de son état. Aucune restriction n'est apportée à ces prérogatives, mais il faut bien reconnaître qu'il n'est pas possible d'appliquer une sanction à une assurée sociale dont la première visite prénatale se placerait au cinquième mois par exemple, malgré les prescriptions du règlement de la Caisse, puisque la loi prévoit que l'assurée peut attendre jusqu'à la fin du sixième mois pour déclarer sa grossesse à l'organisme d'Assurances sociales.

La loi du 16 décembre 1942, qui prévoit en principe deux examens prénataux, n'en fixe pas la date et elle ne peut être considérée, de ce fait, comme modifiant à cet égard les dispositions de la législation sur les Assurances sociales dont je viens de rappeler les principes. Certes, la circulaire du 7 mai 1943 de M. le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille dit formellement que le premier examen doit avoir lieu dès le troisième mois ; mais cette circulaire n'a pu créer

sans texte légal, à l'encontre des bénéficiaires des Assurances sociales, une obligation dont l'inobservation entraînerait la déchéance du droit aux prestations normales.

Il résulte de ce qui précède que le respect des prescriptions contenues soit dans la circulaire précitée, soit même dans le règlement intérieur des caisses d'Assurances sociales, ne saurait être obtenu intégralement par la menace d'une suppression de prestations puisque, ainsi que je viens de le souligner, cette sanction ne peut être prononcée pour des omissions ou des négligences antérieures à la date à laquelle les intéressées sont tenues d'accomplir les premières formalités que la loi prévoit.

Au surplus, la question des sanctions se heurte à des objections particulièrement graves, qui sont les suivantes :

1° Il serait fâcheux de réduire ou de supprimer les *prestations en argent qui, tout au moins en ce qui* concerne les assurées sociales, revêtent un caractère strictement alimentaire pendant la période qui précède et la période qui suit l'accouchement. S'engager dans cette voie, c'est incontestablement inciter la femme à laquelle pareille sanction est appliquée soit à cesser son travail le plus tard possible avant l'accouchement, soit à le reprendre après l'accouchement bien avant que son état de santé le lui permette. On risque donc de compromettre ainsi la réalisation du but auquel tendent les mesures de protection maternelle et infantile.

2° Les sanctions qui, dans le domaine des Assurances sociales, ne peuvent porter que sur les prestations en argent, n'ont qu'une efficacité réduite puisqu'elles s'appliquent exclusivement aux bénéficiaires de ces prestations, c'est-à-dire aux seules femmes assurées sociales. Il n'est donc pas possible d'atteindre par ce système la nombreuse catégorie des femmes d'assurés sociaux qui ne sont pas elles-mêmes assurées.

Les remarques qui précèdent font apparaître clairement l'intérêt que doit présenter l'institution de primes qui seraient attribuées aux femmes assurées ou aux femmes non assurées d'assurés sociaux qui auraient scrupuleusement accompli les formalités auxquelles elles doivent se soumettre. A cet égard, certains organismes ont songé à prévoir deux taux différents pour les primes d'allaitement, mais il est évident que ce procédé est loin d'être satisfaisant puisque lesdites primes ne sont dues qu'aux femmes qui allaitent effectivement. Aussi me paraît-il opportun d'inviter les caisses à prévoir des primes spéciales dont chaque caisse fixerait elle-même le montant et qui devraient être établies à un taux suffisamment élevé pour que les intéressées soient incitées à se soumettre aux règles prescrites.

Ces avantages seraient attribués à toutes les femmes bénéficiaires directes ou indirectes des prestations de l'assurance-maternité qui, en application de la loi du 16 décembre 1942, justifieraient qu'elles ont subi au moins les examens prévus au cours de la grossesse par cette législation. Je précise à cet égard que la loi précitée fait mention de deux examens et que la circulaire du 7 mai 1943 a indiqué nettement que le premier examen doit être un examen médical général et qu'il doit avoir lieu dès le troisième mois. Quant au second examen, il me paraît souhaitable qu'il soit pratiqué par un médecin, mais seulement si l'état de santé de l'intéressée ne s'est pas révélé satisfaisant lors du premier. Il se présentera donc le plus souvent comme un simple examen obstétrical pouvant être pratiqué par une sage-femme.

La date de ce second examen n'a pas été fixée, mais il est préférable qu'il s'identifie avec celui que l'intéressée doit subir au cinquième mois, pour obtenir le maintien de la carte de grossesse. J'ajoute que les caisses peuvent sans inconvénient exiger un troisième examen puisqu'il en est prévu un vers le huitième mois dans la réglementation relative à la carte de grossesse. La caisse d'Assurances sociales peut même en exiger un ou deux en plus, en vertu des pouvoirs que lui confère l'article 9 du décret-loi du 28 octobre 1935. Mais en pareil cas, elle devra tenir compte aux intéressées des frais supplémentaires qu'elle leur imposera de ce fait, et elle fera bien, en outre, de prévoir des primes plus avantageuses si elle entend faire observer intégralement les prescriptions de son règlement intérieur à cet égard.

Il est enfin une dernière question que je crois nécessaire de bien mettre au point. C'est celle de l'intervention des sages-femmes. A ce sujet, certaines caisses ont pensé que le régime nouveau modifiait les prérogatives que les sages-femmes tiennent des lois qui régissent leur profession. Or rien n'est changé à cet égard et il est certain que l'obligation de subir dès le troisième mois de la grossesse un examen médical général n'implique nullement que le premier praticien qu'une femme enceinte doit consulter soit nécessairement un médecin. Il est, en effet, parfaitement possible à la future maman de s'adresser dès le troisième mois à une sage-femme de son choix qui constatera son état et lui donnera les conseils nécessaires en la suivant jusqu'à l'accouchement qu'elle peut être amenée à pratiquer. L'essentiel, et la loi n'exige pas autre chose, c'est qu'indépendamment de l'intervention de la sage-femme, un examen médical général ait lieu au cours de la grossesse.

N. B. — Carte de grossesse. — *Les dispositions de l'article 5 de la loi du 16 décembre 1942 combinées avec celles, précitées, de la loi du 6 janvier 1942 et du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié entraînaient aussi des complications pour les femmes enceintes, au sujet de l'obtention et de l'utilisation de la carte de grossesse créée par décision du Secrétaire d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement en date du 28 avril 1942. Des modifications ont également été apportées à la confection de cette carte par la circulaire ministérielle du 7 mars 1943 et des instructions d'utilisation ont été données aux services d'Assurances sociales par la circulaire du 2 août 1943 dont extrait précède.*

2° Protection sociale

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 6. — Les assistantes visitent à domicile les femmes enceintes dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

3° Aide aux femmes en couches et allaitant

a) Les prestations

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 22. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes a droit, pendant la période de repos qui précède et qui suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière qui ne peut être cumulée avec les secours prévus par la loi du 27 juin 1904.

Les ressources temporaires résultant de leur participation à des sociétés de prévoyance, et

notamment aux mutualités maternelles, dont les femmes en couches pourront disposer pendant la période de repos, ne devront pas entrer en ligne de compte dans l'évaluation des ressources.

ART. 23. — CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION. — Avant les couches, la postulante doit justifier, par la production de certificats médicaux, qu'elle a subi les deux examens de grossesse prévus par l'article 5 de la présente loi et qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant. Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines si la demande est formulée avant l'expiration de ce délai. L'allocation ne peut, pour la période qui précède les couches comme pour celle qui les suit, être mandatée pendant plus de quatre semaines. Elle ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue que si l'intéressée, non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique ainsi que les prescriptions de la présente loi et que si elle prend, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet l'assistante du secteur.

ART. 24. — FIXATION DU TAUX DE L'ALLOCATION. — Le taux de l'allocation journalière est arrêté, pour chaque commune du département, par le préfet, après avis du conseil municipal et du directeur régional de la santé et de l'assistance. Les limites minima et maxima en seront fixées par décret contresigné par le ministre secrétaire d'Etat aux Finances et par le secrétaire d'Etat à la Santé. Si l'allocation dépasse la limite maxima, l'excédent est à la charge exclusive de la commune.

ART. 25. — L'allocation journalière est réduite de moitié en cas d'hospitalisation, pendant la durée de celle-ci, si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant au-dessous de quatorze ans.

L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée à l'assistée. Elle peut être versée en nature soit partiellement, soit totalement.

ART. 26. — PRIMES D'ALLAITEMENT AU SEIN. — Toute Française admise au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches et allaitant son enfant au sein reçoit une allocation supplémentaire pendant les six mois qui suivent l'accouchement et une allocation moitié moindre pendant les deux mois suivants ; les taux de ces allocations seront fixés par décret.

Il peut être également formulé une demande ayant pour unique objet l'attribution de l'allocation d'allaitement instituée par la présente loi. Cette demande sera recevable jusqu'à l'expiration du délai de trois mois consécutifs à l'accouchement. Elle est soumise aux mêmes conditions et à la même procédure que les demandes d'assistance aux femmes en couches.

Cette allocation ne sera servie qu'à la condition formelle que la mère prenne, pour son enfant et pour elle-même, les soins d'hygiène visés à l'article 23 de la présente loi.

ART. 27. — En cas de naissances multiples, les allocations accordées après les couches et les primes d'allaitement au sein sont proportionnelles au nombre d'enfants.

Loi du 20 *décembre* 1941 *sur la protection de la naissance*

Voir texte article premier, fascicule n° 15, page 3.

b) Modalités

Loi du 16 *décembre* 1942

ART. 28. — MODE D'ADMISSION. — L'admission au bénéfice des dispositions du titre VI de la présente loi est prononcée dans les conditions fixées par les articles 6, 7 et 8 du décret-loi du 30 octobre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance.

L'allocation est supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies ou dès qu'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante ; dans ce dernier cas, il y a lieu à répétition de la part du préfet agissant au nom des diverses collectivités intéressées. Cette suppression fait l'objet d'une décision nouvelle dans la forme prévue pour les admissions.

ART. 29. — DOMICILE DE SECOURS. — Le domicile de secours s'acquiert et se perd dans les conditions prévues par les articles 2 et 3 du décret-loi du 30 octobre 1935 relatif à l'unification des barèmes des lois d'assistance.

ART. 30. — ORGANISMES DE DISTRIBUTION. — Les allocations d'assistance aux femmes en couches et des primes d'allaitement pourront être distribuées aux intéressées par l'intermédiaire des centres de protection maternelle et infantile, consultations de nourrissons et autres organismes agréés par le directeur régional de la santé et de l'assistance qui exerce, en outre, la protection et la surveillance prévues par la loi.

C. PROTECTION DES ENFANTS

1° Dispositions communes à tous les enfants

a) Protection médico-sociale à domicile

Loi du 16 *décembre* 1942

ART. 7. — Jusqu'à l'âge de six ans révolus, tous les enfants sont l'objet d'une surveillance sanitaire préventive ainsi que sociale.

Cette surveillance, qui est exercée à domicile par les assistantes, porte plus particulièrement sur :

1° Les enfants qui sont placés en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leur père, mère ou tuteur ;

2° Les enfants dont les parents reçoivent un secours ou une allocation de l'Etat, des collectivités, des caisses d'assurances sociales ou d'allocations familiales ;

3° Les enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité ou ivresse à une peine correctionnelle.

Les assistantes s'assurent que les enfants

reçoivent tous les soins que nécessite leur état et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit, conformément aux articles 6 et 15 du décret-loi du 29 juillet 1939.

La fréquence minima des visites sera réglée par le directeur régional de la santé et de l'assistance.

Les assistantes rendent compte mensuellement de leurs visites.

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

... Si la loi a spécifié que les assistantes devront rendre compte mensuellement de leurs visites, il n'est pas besoin de préciser que, dans les cas où elles feront des constatations qu'il est urgent de porter à la connaissance des médecins-inspecteurs de la santé ou du médecin agréé (utilisation irrégulière des allocations, mauvaises conditions de vie faites aux enfants, etc.), elles devront présenter immédiatement un rapport spécial.

Le directeur régional veillera à ce que les assistantes sociales, dont la charge est d'une importance capitale et qui n'auront pas toutes d'emblée l'expérience et les qualités nécessaires pour l'assurer parfaitement, recourent aussi souvent que possible aux conseils et à l'expérience du médecin-inspecteur de la santé ou du médecin agréé.

b) Surveillance dans les consultations de nourrissons

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 8. — La surveillance sanitaire des enfants placés sous la protection de la présente loi s'exerce, en outre, dans les consultations de nourrissons organisées à cet effet suivant les directives qui seront données par le secrétaire d'Etat à la Santé.

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

Quel que soit le degré d'instruction et d'expérience des assistantes sociales, il serait extrêmement dangereux de perdre de vue la nécessité d'une surveillance *médicale* des mères et des enfants.

Aussi l'éducation des jeunes mères, confiée aux assistantes sociales, doit-elle être constamment étayée par l'assiduité aux *consultations de nourrissons* : celles-ci, nous le répétons, doivent former l'armature essentielle de la protection maternelle et infantile. Toutefois, la nécessité de ne les confier qu'à des praticiens ayant des connaissances suffisantes en pédiatrie obligera, dans une certaine mesure, à en limiter le nombre. Il importe d'ailleurs d'éviter la dispersion à l'infini de ces consultations, et de ne les organiser que là où elles peuvent grouper un nombre de nourrissons suffisant (une dizaine au minimum).

Ces organismes ayant le plus souvent à leur disposition des moyens d'investigation dont manquent souvent les praticiens, en particulier dans les communes rurales, tous les moyens devront être mis en œuvre pour inciter les jeunes mères à se rendre aux consultations de nourrissons. Cependant, dans les cas où les consultations se trouveront trop éloignées du domicile des intéressées, il faudra recourir de préférence aux visites à domicile soit de l'assistante sociale soit du médecin agréé.

c) Interventions médicales

Loi du 16 *décembre* 1942

Art. 9. — **Chaque fois que l'assistante constate que la santé d'un enfant est déficiente, elle doit engager la famille à faire appel à un médecin et, le cas échéant, faire appuyer son avis par un médecin agréé pour le service de la protection de l'enfance par le directeur régional de la santé et de l'assistance.**

De même, si la santé d'un enfant est compromise par l'absence de soins convenables, par de mauvais traitements ou de mauvais exemples, l'assistante en rend compte immédiatement à l'inspecteur de la santé, chef de la circonscription, qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant, **et notamment fait constater l'état de ce dernier par un médecin agréé pour le service de protection de la maternité et de l'enfance par le directeur régional de la santé et de l'assistance.**

Circulaire du 7 mai 1943

L'intervention du médecin agréé si elle n'a pas, en raison de la mise en œuvre des assistantes sociales, le caractère systématique de l'intervention des anciens médecins-inspecteurs du premier âge, *n'en a pas moins une importance essentielle.* Tandis qu'autrefois il assurait la totalité des visites à domicile, il ne viendra plus désormais qu'à bon escient, appelé par l'assistante sociale ou le médecin-inspecteur de la santé.

Le médecin sera agréé, pour la protection de l'enfance, par le directeur régional de la santé et de l'assistance. Rien ne s'oppose à ce que les praticiens actuellement chargés du service soient choisis de préférence ; mais il y a intérêt à ne conserver que ceux qui ont montré dans l'exercice de leurs fonctions antérieures une compétence certaine et un dévouement absolu.

Il est essentiel de mettre en garde l'assistante sociale contre la responsabilité qu'elle risque d'encourir en n'appelant pas le médecin en temps utile. Elle n'oubliera pas qu'elle ne peut, à aucun titre, se substituer à lui. Il est évident qu'en aucun cas un souci d'économie ne devra limiter cet appel au médecin.

Quand, pour un motif quelconque, les mères ou nourrices ne pourront suivre les consultations de nourrissons, les assistantes sociales devront provoquer périodiquement les visites du médecin agréé pour compenser cette abstention.

Il reste bien entendu que les médecins agréés ne devront jamais se substituer au médecin traitant.

. . . .

(*Voir page* 4, *les conditions de rémunération des médecins agréés.*)

d) Carnet de santé

Loi du 16 décembre 1942

ART. 11. — Tout enfant est pourvu d'un carnet de santé délivré gratuitement par le maire lors de la déclaration de la naissance.

Ce carnet est tenu à jour par les médecins traitants et par les assistantes qui y mentionnent les constatations effectuées lors de leurs visites.

Un arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé déterminera la forme et le mode d'utilisation de ce carnet, qui mentionnera obligatoirement les résultats des examens préventifs prescrits par la présente loi.

Décret du 16 décembre 1942 relatif au carnet de santé national

ARTICLE PREMIER. — Il est institué un carnet individuel de santé, dont le modèle est fixé par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé.

ART. 2. — Aucun modèle de carnet de santé, autre que celui prévu par l'article 1er du présent décret, ne pourra être mis en usage par les administrations publiques, ni par les collectivités ou entreprises privées soumises par les lois et règlements en vigueur à l'obligation d'organiser un service de contrôle médical sans avoir été approuvé par le secrétaire d'Etat à la Santé.

Arrêté du 9 mars 1943

ARTICLE PREMIER. — Le carnet individuel de santé applicable aux enfants fréquentant les établissements de l'enseignement primaire est établi conformément au modèle annexé au présent arrêté.

ART. 2. — Le présent carnet de santé sera substitué obligatoirement aux divers modèles précédemment employés par les services d'inspection médicale scolaire, au fur et à mesure de l'épuisement des réserves existantes.

Nota. — *Le carnet de santé pour l'âge scolaire comprend 16 pages, destinées respectivement aux renseignements suivants :*

Page 1 : antécédents héréditaires et personnels. — Pages 2, 3 : examen médical d'entrée. — Page 4 : examen médical semestriel (protocole détaillé du premier de ces examens). — Pages 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 : examens médicaux semestriels (7 à 15 ans). — Page 8 : courbes de taille et de poids (il existe un modèle pour les garçons et un pour les filles). — Page 9 : périmètre thoracique et spirométrique (un modèle pour les garçons et un pour les filles). — Page 16 : colonies de vacances, spécialités. — Page 3 de la couverture : examen médical de sortie ; conclusions, notamment en ce qui concerne l'orientation professionnelle.

Le carnet est complété par un certain nombre de fiches annexes : observations du professeur (fiche de liaison avec l'éducateur) ; fiche d'éducation physique ; fiche dentaire ; fiche sociale ; résumé médical de la période scolaire (fiche destinée à être reportée dans le carnet suivant)—, et par des bulletins de consultation de spécialités (liaison avec les spécialistes) : médecine ou chirurgie, O.R.L., ophtalmologie, neuropsychiatrie, dispensaire d'hygiène sociale).

Le tout est enfermé dans une couverture cartonnée dont la première page forme pochette et peut recevoir les fiches annexes, les bulletins de consultation, ainsi que tous les documents utiles.

Enfin une notice explicative, destinée à l'assistante scolaire, accompagne le carnet.

2° Dispositions spéciales aux enfants placés en nourrice ou en garde

Loi du 16 décembre 1942

ART. 10. — SURVEILLANCE MÉDICALE CHEZ LES NOURRICES. — Si un enfant tombe malade chez une nourrice ou une gardienne et que les parents n'aient pas pris de mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins médicaux, la nourrice ou la gardienne, après avoir appelé le médecin pour la première visite, en informe le maire, qui prononce l'admission d'urgence à l'assistance médicale gratuite, sauf recours ultérieurs contre les parents ou le bureau des nourrices.

Si l'enfant placé chez une nourrice ou une gardienne ne paraît pas recevoir tous les soins matériels ou moraux nécessaires, l'inspecteur de la santé peut, après mise en demeure adressée aux parents, prononcer le retrait de l'enfant de chez la nourrice ou la gardienne et le placer provisoirement chez une autre personne. Il en réfère ensuite au préfet qui statue en ce qui concerne le placement définitif de l'enfant et le retrait du certificat de la nourrice. Le cas échéant, il peut interdire à cette dernière de recevoir de nouveaux enfants.

ART. 12. — DÉCLARATION DES PARENTS. — Sera punie d'une peine de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 3.600 fr. toute personne qui place son enfant en nourrice ou en garde sans faire à la mairie de sa résidence une déclaration en indiquant le lieu de naissance de l'enfant, son état civil et en produisant la copie des certificats prévus à l'article 13.

Lors du placement, il devra être remis à la nourrice ou gardienne le carnet de santé de l'enfant constatant :

1° Que celui-ci n'est atteint d'aucune maladie transmissible ;

2° Qu'il peut être transporté sans danger.

Les parents qui, nonobstant la mise en demeure qui leur sera adressée par le médecin-inspecteur de la Santé, maintiennent leurs enfants chez des nourrices interdites seront punis d'un emprisonnement de six à dix jours.

ART. 13. — CERTIFICATS EXIGÉS DES NOURRICES ET GARDIENNES. — Toute personne qui veut recevoir chez elle un nourrisson, ou un ou plusieurs enfants en garde, est tenue de se munir préalablement :

1° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil, indiquant sa moralité et celle des personnes qui vivent sous le même toit, ses moyens d'existence, précisant si elle a déjà élevé d'autres enfants et attestant que ni la nourrice, ni une personne de son entourage immédiat n'est alcoolique notable ;

2° D'un certificat médical déclarant qu'elle est apte à élever un enfant, que la maison où elle habite est salubre, et que ni elle, ni aucune personne appelée à cohabiter avec l'enfant n'est atteinte de tuberculose ou de syphilis ; à cet égard, le certificat doit préciser que des examens cliniques, et autant que possible radiologiques, bactériologiques et sérologiques ont donné des résultats négatifs. Le certificat indique enfin le nombre d'enfants qu'elle peut recevoir en garde, celui-ci ne pouvant en aucun cas excéder trois ;

3° Si elle veut nourrir l'enfant au sein, le certificat médical doit attester qu'elle est apte à allaiter ; le certificat du maire doit également indiquer si son dernier enfant est vivant et, dans l'affirmative, constater, avec un extrait de l'acte de naissance à l'appui, qu'il est âgé au moins de six mois.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans lesdits certificats sera punie des peines prévues à l'alinéa 1er de l'article 155 du code pénal.

ART. 14. — DÉCLARATION DES NOURRICES ET GARDIENNES. — Sera punie d'une peine de six jours à six mois d'emprisonnement et d'une amende de 200 à 3.600 fr. toute personne qui aura reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en garde sans :

1° *En faire la déclaration* à la mairie de la commune de sa résidence dans un délai de trois jours à compter de l'arrivée de l'enfant, en produisant le certificat de salubrité et d'aptitude à la garde mentionné à l'article 13 ;

2° En cas de changement de résidence, notifier ce changement à la mairie de la commune qu'elle quitte et faire une nouvelle déclaration à la mairie de la commune dans laquelle elle vient de se fixer, accompagnée des certificats prévus à l'article 13 ;

3° Déclarer dans les mêmes délais le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne, pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4° En cas de décès de l'enfant, en faire dans les vingt-quatre heures la déclaration légale.

Si un enfant précédemment en nourrice, en garde ou en sevrage, décède à l'hôpital, l'administration de l'hôpital est tenue d'en aviser sans délai la mairie de la résidence de la nourrice ou gardienne en même temps que l'inspecteur de la santé de la circonscription.

ART. 15. — DÉCLARATION DES PERSONNES ENGAGEANT UNE NOURRICE AU SEIN. — Nul ne peut prendre chez lui une nourrice au sein ou donneuse de lait sans que celle-ci soit munie des divers certificats prévus à l'article 16. Il doit, dans les quarante-huit heures de l'arrivée de la nourrice, en faire la déclaration à la mairie de sa résidence et y présenter :

1° Lesdits certificats ;

2° Une déclaration signée de la nourrice spécifiant les conditions de placement de son enfant et attestant, s'il a moins de six mois, qu'il est élevé au sein ;

3° Un certificat médical constatant que l'enfant confié à la nourrice ne présente aucun signe de maladie transmissible.

ART. 16. — CERTIFICATS EXIGÉS DES NOURRICES AU SEIN. — Toute nourrice au sein ou donneuse de lait ne peut se placer chez autrui sans justifier :

1° D'un certificat médical établissant qu'elle est apte à allaiter et n'est atteinte d'aucune maladie transmissible, qu'elle a subi les examens de dépistage de la syphilis et de la tuberculose mentionnés à l'article 13 ;

2° D'un certificat du maire de la commune de sa résidence mentionnant son état civil et indiquant, par extrait joint de l'acte de naissance, que son enfant a plus de six mois.

Exceptionnellement, une mère dont l'enfant n'a pas six mois révolus peut nourrir au sein un autre enfant en même temps que le sien :

1° Si un certificat médical constate qu'elle peut suffire à cette double tâche ;

2° En cas de soudaine carence lactée d'une autre mère.

ART. 17. — Si le médecin appelé par l'assistance dans les conditions prévues par l'article 8 reconnaît soit chez la nourrice, soit chez l'enfant, les symptômes d'une maladie susceptible d'être transmise, l'allaitement au sein peut être supprimé par décision du médecin inspecteur de la santé, qui en avise immédiatement les parents.

ART. 18. — REGISTRES OUVERTS DANS LES MAIRIES. — Il est ouvert dans les mairies deux registres destinés à recevoir :

Le registre n° 1 : les déclarations des parents prévues aux articles 12 et 15 ;

Le registre n° 2 : les déclarations des nourrices ou éleveuses prévues à l'article 14.

En cas d'absence ou de tenue irrégulière des registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

Le maire donne avis dans les quarante-huit heures à l'assistante du secteur, par l'intermédiaire de la commune de placement de l'enfant, des déclarations déposées.

Circulaire ministérielle du 7 *mai* 1943

En principe, les mesures édictées par le décret-loi du 30 octobre 1935, en vue d'assurer la protection des enfants placés en nourrice ou en garde, sont non seulement maintenues, mais accentuées ; elles s'appliqueront à toute nourrice ou gardienne, salariée ou non, et quels que soient ses liens de parenté avec l'enfant.

Le certificat médical devra, outre les attestations prévues jusqu'à présent, indiquer que ni la nourrice ni les personnes destinées à cohabiter avec l'enfant ne sont atteintes de tuberculose et de syphilis.

A cette fin, les examens cliniques devront, sauf en cas d'impossibilité matérielle, être complétés par les examens radiologiques (et si besoin bactériologiques) et sérologiques d'usage, *toujours nécessaires* au diagnostic correct de la tuberculose ou de la syphilis.

III- Contrôle médical de la jeunesse

Note. — Le **contrôle médical de la jeunesse,** *organisé par la loi du* 13 *août* 1943, *est* **appelé à se substituer** *dans un avenir proche au* **régime de l'inspection scolaire** *encore en vigueur actuellement* (*voir page* 14 *ci-dessous*).

Nous allons rappeler seulement brièvement les grandes lignes des différents textes qui sont appelés, dans un avenir proche, à perdre toute actualité.

1° Enseignement primaire.

Le statut de l'inspection médicale des écoles repose sur l'article 9 *de la loi du* 30 *octobre* 1886 *sur l'organisation de l'enseignement primaire qui, dans son paragraphe* 7 *dit que l'inspection* « est exercée au point de vue médical par des médecins inspecteurs communaux ou départementaux ».

L'article 141 *du décret d'application du* 18 *janvier* 1887 *exige, pour qu'ils puissent avoir accès à l'école, que les médecins inspecteurs* « soient agréés par le préfet » ; « ils doivent être Français et âgés de 25 ans ». « Leur inspection ne peut porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles d'hygiène scolaire. »

Comment, en fait, est organisée cette inspection ?

A Paris, elle a fait l'objet des arrêtés des 13 *juin* 1879,

15 *décembre* 1883, 25 *septembre* 1913, 19 *février* 1931.

Dans les grandes villes elle est organisée en gros comme à Paris.

En province, il y a deux catégories de communes : celles qui organisent un service municipal ; celles qui, renonçant à ce droit à elles conféré par la loi du 30 *octobre* 1886, *adhèrent à un service départemental d'inspection médicale des écoles.*

Le décret-loi du 29 *juillet* 1939 *sur la famille et la natalité française, dans son article* 148, *dispose que* « en ce qui concerne l'enseignement du premier degré, les collectivités locales pourront être invitées à réaliser ou à compléter l'inspection médicale sous le double contrôle du Ministère de l'Education nationale et du Ministère de la Santé publique ».

2° Enseignement du second degré.

Le décret-loi du 29 *juillet* 1939, *dans ses articles* 143 *et suivants, autorise le ministre de l'Education nationale à instituer dans les lycées de garçons et de jeunes filles un service de surveillance médicale des élèves. Dans son article* 146, *il prévoit que les départements et les communes pourront être autorisés par le ministre de l'Education nationale à instituer dans les mêmes conditions un service de surveillance médicale dans les collèges, cours secondaires, écoles primaires supérieures et écoles pratiques.*

Dans son article 149, *il dispose que* « les services de surveillance médicale ne donneront lieu à aucune création d'emplois publics ».

3° Enseignement supérieur.

La loi du 3 *août* 1942 *a disposé que* « les examens de médecine préventive sont obligatoires jusqu'à l'âge de 30 ans pour tous les étudiants ou élèves des établissements d'enseignement supérieur dépendant du Ministère de l'Education nationale, à savoir : Facultés et écoles dépendant de la Direction de l'Enseignement supérieur ; établissements dépendant de la Direction de l'Enseignement technique ; établissements dépendant de la Direction des Beaux-Arts ».

Un décret d'application du 3 *août* 1942 *a précisé que les dispositions de la loi du* 3 *août entreraient en vigueur le* 1er *octobre* 1942, *et prévu des sanctions contre les étudiants qui ne se conformeraient pas à ses prescriptions.*

Un autre décret du 3 *août* 1942 *a créé, en vue du dépistage des maladies et plus particulièrement de la tuberculose, auprès de l'Université de Paris, un service de la médecine préventive universitaire et a organisé le fonctionnement dudit service.*

1° Champ d'application

a) Etablissements d'enseignement public

Loi du 13 *août* 1943 *relative à l'organisation du contrôle médical de la jeunesse dans les établissements d'enseignement et dans les groupements de jeunesse relevant du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale.*

Article premier. — Il est institué sous l'autorité du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, avec la collaboration du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale, un contrôle médical des mineurs des deux sexes, auquel sont soumis obligatoirement :

1° Ceux qui fréquentent un établissement d'enseignement relevant du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale, y compris les jardins d'enfants, les écoles maternelles et les écoles de cadres ;

2° Ceux qui sont adhérents à un groupement de jeunesse relevant du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale.

Toutefois, la présente loi ne s'applique ni aux jeunes gens appartenant aux chantiers de jeunesse créés par la loi du 16 janvier 1941, ni à ceux servant dans les armées de terre, de mer et de l'air.

b) Etablissements privés d'enseignement

Loi du 13 *août* 1943

Art. 12. — L'organisation du contrôle médical créé dans les établissements d'enseignement public pour l'application de la présente loi ainsi que le personnel médical y attaché peuvent être mis à la disposition des établissements privés d'enseignement et des groupements de jeunesse suivant les modalités fixées par arrêtés concertés du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et du secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

Les établissements d'enseignement privés, les groupements de jeunesse, qui n'auront pas recours dans les conditions prévues au paragraphe précédent à l'organisation du contrôle médical des établissements publics d'enseignement, sont tenus d'organiser les services médicaux nécessaires au contrôle de leurs élèves ou adhérents. L'organisation de ces services médicaux devra être approuvée par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille après avis du directeur régional de la santé et de l'assistance. A défaut et après mise en demeure restée sans résultat, il sera pourvu d'office à ladite organisation par les soins du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille qui liquidera la dépense dont le recouvrement sera effectué par la voie d'états exécutoires.

Au cas où un chef d'établissement scolaire privé, ou de groupement de jeunesse, ferait obstacle à l'application de la présente loi, le préfet pourra, par arrêté motivé, prononcer la fermeture de l'établissement ou la suspension de l'activité de l'association ou du groupement.

c) Etablissements relevant d'un Secrétariat autre que celui de l'Education nationale

Loi du 13 *août* 1943

Art. 14. — Le contrôle médical prévu par la présente loi pourra être étendu aux établissements scolaires relevant d'un secrétaire d'Etat autre que le secrétaire d'Etat à l'Education nationale, par des arrêtés concertés de ce secrétaire d'Etat et du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

d) Associations sportives

Loi du 13 *août* 1943

Art. 2. — L'obligation prescrite par la présente loi s'étend au contrôle médical des activités physiques et sportives qui est organisé par le Commissariat Général aux Sports et demeure dans les attributions de celui-ci.

Loi du 20 *décembre* 1940 *relative à l'organisation sportive*

Art. 12. — Tous les membres des associations sportives participant à une compétition doivent, en outre,

être munis d'une licence sportive. Cette licence n'est accordée qu'après examen médical. Elle donne lieu à la perception d'un droit annuel par la fédération intéressée.

Arrêté du 23 novembre 1942
sur le contrôle médical des activités sportives

Article premier.— Il est institué un contrôle médical des activités sportives. Ce contrôle s'applique obligatoirement à toutes les associations sportives.

Il a pour objet :

1° La délivrance aux membres des associations sportives du certificat médical d'aptitude aux sports, sanction de l'examen médical prévu pour l'obtention de la licence fédérale ou pour son renouvellement annuel (loi du 20 décembre 1940, art. 12) ;

2° La surveillance médicale régulière des membres desdites associations ;

3° La surveillance médicale des compétitions sportives.

Art. 2. — Les organismes spécialisés chargés de la mise en œuvre du contrôle médical sportif sont :

1° A l'échelon national : une commission médico-sportive nationale ;

2° Aux échelons régionaux : des commissions médico-sportives régionales, à raison d'une commission par direction régionale de l'éducation générale et des sports.

Art. 3. — La commission médico-sportive nationale, constituée au sein du comité national des sports, est composée par les médecins, chefs des services médicaux des fédérations.

Cette commission est présidée, de droit, par le médecin chef des services médico-sportifs du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports. Elle élit, à la majorité des voix, deux vice-présidents et un secrétaire général.

Art. 4. — La commission médico-sportive nationale se réunit une fois par mois, sur convocation de son président, au siège du comité national des sports.

Elle peut, en outre, être réunie en séance extraordinaire à la demande du commissaire général aux Sports.

Le directeur du C.N.S. ou son représentant peuvent assister aux séances de la commission.

Art. 5. — La commission médico-sportive nationale remplit auprès du commissaire général aux Sports le rôle d'organisme consultatif en matière médico-sportive. En cette qualité, elle étudie les techniques relatives au contrôle médical des activités sportives. Elle propose au commissaire général toutes mesures générales utiles et veille éventuellement à leur exécution.

Elle est habilitée à connaître des litiges de sa compétence survenus entre les fédérations et en soumet le règlement au commissaire général.

Toutes dispositions particulières prises par les fédérations en matière médicale sont soumises à son homologation.

Art. 6. — La commission médico-sportive régionale fonctionne au siège de chaque direction régionale de l'éducation générale et des sports, sous l'autorité du directeur auprès de qui elle joue le rôle d'un organisme consultatif technique.

Elle se compose de l'ensemble des médecins fédéraux régionaux nommés, dans chaque direction régionale, par chaque fédération. La désignation de ces médecins devra être soumise à l'agrément du commissaire général aux sports.

Un même médecin peut être commun à plusieurs fédérations.

Art. 7. — La commission médico-sportive régionale est présidée, de droit, par le médecin régional de l'éducation générale et des sports. Elle élit, à la majorité des voix, un vice-président et un secrétaire.

Elle se réunit sur convocation de son président.

Elle prépare le plan d'organisation médico-sportive, le soumet au directeur régional de l'éducation générale et des sports et en surveille la mise en œuvre.

Art. 8. — La commission médico-sportive régionale répartit entre ses membres les missions nécessaires pour :

1° Contrôler les conditions de délivrance du certificat d'aptitude aux Sports ;

2° Vérifier à l'occasion des épreuves sportives si les athlètes licenciés présentent bien les aptitudes physiques requises.

Art. 9. — La commission médico-sportive régionale arrête la liste des médecins qui, dans son ressort territorial, sont habilités à délivrer les certificats d'aptitude aux sports. Ces médecins, dits « médecins agréés », sont choisis d'après leurs titres personnels et leur compétence particulière en matière d'éducation physique et de sport.

La liste des médecins agréés, soumise pour avis aux directeurs départementaux de l'ordre des médecins, devra être présentée à l'agrément du directeur régional de l'éducation générale et des sports.

Art. 10. — Le certificat d'aptitude aux sports, exigé pour l'obtention ou le renouvellement annuel de la licence sportive peut être délivré :

1° Soit par un médecin choisi par l'intéressé ;

2° Soit, pour les scolaires, par le médecin contrôleur de l'établissement qui les aura examinés au titre du contrôle médical scolaire des activités physiques et sportives ;

3° Soit, à la diligence de l'association sportive, par le médecin de cette association ;

4° Soit par les médecins des centres médico-sportifs, organismes dont l'institution et l'organisation font l'objet d'un règlement particulier.

Dans tous les cas, les médecins consultants doivent figurer sur la liste d'agrément prévue à l'article précédent.

Art. 11. — Le certificat médical d'aptitude aux sports devra être conforme au modèle déposé au Commissariat général aux Sports (direction de l'éducation générale et sportive, bureau médical) et ne devra pas dater de plus de six mois pour être valable.

Il précisera, dans la mesure du possible, les sports permis ou interdits au candidat examiné.

Il ne sera exigible qu'en vue de la pratique de certains sports athlétiques dont la liste sera établie par la commission médico-sportive nationale.

Art. 12. — Les dépenses entraînées par l'organisation et le fonctionnement du contrôle médical sportif sont à la charge des associations sportives.

Cependant, des subventions particulières pour le contrôle médical peuvent être accordées aux associations sportives par le Commissariat général à l'Education générale et aux Sports, suivant des modalités et des règles établies par lui.

Ces subventions, accordées au titre du contrôle médical, doivent être utilisées exclusivement et totalement à cet effet.

Art. 13. — Les centres médico-sportifs peuvent également être subventionnés suivant des modalités qui seront fixées dans un arrêté particulier.

2° Objet du contrôle

Loi du 13 *août* 1943

Art 3. — Le contrôle prévu à l'article 1er ci-dessus a pour objet :

1° De surveiller la croissance et le développement des intéressés et, en cas de déficience physiologique constatée chez ces derniers, de conseiller aux parents et tuteurs toutes mesures utiles ;

2° De dépister les maladies contagieuses et de prendre les mesures prophylactiques nécessaires pour en éviter la propagation. Ce dépistage pourra nécessiter certains examens médicaux dont la nature et les conditions d'application seront fixées ultérieurement par décret contresigné par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

3° De déterminer l'inaptitude des intéressés aux activités physiques et sportives ;

4° De renseigner les intéressés sur leurs aptitudes physiques et psychiques à l'exercice de la profession qu'ils se proposent d'embrasser ;

5° D'une manière générale, de surveiller l'état de santé des mineurs, d'avertir les chefs d'établissements scolaires, les dirigeants d'associations sportives et de groupements de jeunesse en vue des mesures qu'il leur appartient de prendre, et d'attirer, le cas échéant, l'attention des parents ou tuteurs et du médecin inspecteur de la santé ;

6° De surveiller l'état physique des intéressés et de veiller à l'application des mesures d'hygiène mentale qui paraîtraient nécessaires.

Le contrôle est exclusif de tous soins, mais s'étend à la vérification des suites données aux conseils du médecin contrôleur.

Le contrôle pourra être amené à assurer la surveillance de l'état de santé des membres du corps enseignant, quand cet état de santé sera susceptible de retentir sur celui des assujettis au contrôle institué par la présente loi.

3° Modalités *d'exécution*

Loi du 13 *août* 1943

Art. 4. — Le contrôle est exercé à l'intérieur des établissements d'enseignement et des groupements de jeunesse, dont les chefs ou dirigeants fixeront, sur la proposition des médecins contrôleurs et compte tenu des nécessités de fonctionnement de ces établissements et groupements, les jours et heures de contrôle, et en règleront les conditions matérielles d'organisation.

Un arrêté concerté du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et du secrétaire d'Etat à l'Education nationale en fixera les modalités d'application, en vue d'éviter notamment que le même enfant ne soit soumis à une pluralité de contrôles lorsqu'il appartient à plusieurs établissements, associations ou groupements visés au paragraphe précédent.

Art. 9. — Le contrôle médical est gratuit pour les enfants fréquentant un établissement public ou privé d'enseignement primaire.

Un règlement d'administration publique déterminera la part contributive des familles ou des organisations intéressées aux dépenses engagées par l'Etat pour le contrôle des enfants et jeunes gens inscrits dans un établissement scolaire secondaire, supérieur ou technique ou dans un groupement de jeunesse.

4° Statut du personnel médical

Loi du 13 *août* 1943

Art. 4. — ...**Ce contrôle est normalement assuré par des médecins praticiens ; à titre exceptionnel il pourra être confié à des médecins recrutés par contrat.** Les médecins chargés de ce contrôle seront secondés tant par des infirmières diplômées d'Etat ou des assistantes sociales, que par les instituteurs, professeurs ou moniteurs d'éducation physique en ce qui concerne les activités physiques et sportives que ceux-ci ont mission de diriger.

Un décret, pris sur le rapport du secrétaire d'État à la Santé et à la Famille, du secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances, déterminera les conditions du recrutement et de la rémunération du personnel médical. Il fixera également l'imputation et la répartition des dépenses.

Des arrêtés concertés du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et du secrétaire d'Etat à l'Education nationale détermineront la périodicité et la nature des examens médicaux auxquels les assujettis à la présente loi sont soumis, ainsi que les conditions dans lesquelles sera tenu le dossier de chaque intéressé par le médecin contrôleur chargé du service.

5° Organisation du service

a) Sur le plan national

Loi du 13 *août* 1943

Art. 5. — Le contrôle prévu par la présente loi est assuré par un service relevant du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, et faisant appel à la collaboration du secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

Ce service est organisé, sans créations d'emplois, dans la limite des effectifs actuels.

Art. 6. — Il est institué au Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille un comité technique du contrôle médical de la jeunesse appelé à donner son avis sur les règles générales d'action des médecins contrôleurs et, d'une manière générale, sur toutes les questions qui lui sont soumises par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, soit de sa propre initiative, soit à la demande du secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

Ce comité est composé de membres choisis en raison de leur compétence particulière et nommé par un arrêté concerté du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et du secrétaire d'Etat à l'Education nationale. Cet arrêté désigne parmi eux le président.

b) Sur le plan régional

Loi du 13 *août* 1943

ART. 7. — Dans chaque région sanitaire, l'organisation du contrôle médical et l'inspection de ce contrôle sont assurées par le directeur régional de la santé et de l'assistance, assisté par les médecins inspecteurs de la santé et les médecins inspecteurs adjoints de la santé des départements constituant la région sanitaire.

Les rapports des médecins inspecteurs et inspecteurs adjoints de la santé sont adressés par le directeur régional de la santé et de l'Assistance au secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, qui les communique au comité technique prévu à l'article 6 ci-dessus ; ils sont également adressés par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance au secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

ART. 8. — Des arrêtés concertés du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, du secrétaire d'Etat à l'Education nationale et du secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux finances fixeront les modalités d'organisation matérielle et administrative du service, ainsi que celles de la collaboration, sur le plan régional et départemental, des services relevant des deux secrétariats d'Etat.

6° Secret professionnel

Loi du 13 *août* 1943

ART. 13. — Les dispositions de l'article 378 du code pénal relatives au secret professionnel sont applicables à toutes personnes attachées au service médical de la jeunesse, à quelque titre que ce soit.

7° Sanctions

Loi du 13 *août* 1943

ART. 11. — Les parents et tuteurs, les chefs ou dirigeants d'établissements privés sont tenus de soumettre les mineurs de moins de dix-huit ans au contrôle médical ; ceux qui refuseraient de soumettre ces mineurs audit contrôle, ainsi que les mineurs de plus *de dix-huit ans qui refuseraient* de *s'y soumettre,* seront punis d'une amende de 12 à 180 fr. En cas de récidive, dans un délai d'un an à compter de la présente condamnation, le maximum de l'amende sera encouru. En cas de seconde récidive dans un nouveau délai d'un an, il sera prononcé une amende de 1.000 à 10.000 fr. et un emprisonnement de six jours à deux mois, ou l'une de ces peines seulement.

8° Entrée en vigueur de la loi

ART. 10. — Un décret pris sur le rapport du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et du secrétaire d'Etat à l'Education nationale fixera la date à partir de laquelle le service du contrôle médical de la jeunesse se substituera — sous réserve de l'observation des dispositions de l'article 2 ci-dessus — aux divers contrôles médicaux institués en faveur des assujettis à la présente loi, et notamment à ceux qui existent au titre de l'inspection médicale scolaire.

IV. Médecine du Travail

A. SERVICES MÉDICAUX DU TRAVAIL

1° Champ d'application

Loi du 28 *juillet* 1942 *relative à l'organisation de services médicaux et sociaux du travail*

ARTICLE PREMIER. — Des services médicaux et sociaux seront organisés dans les familles professionnelles ou les professions suivant les modalités prévues par la présente loi.

ART. 12. — Un décret pris sur la proposition du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat intéressé fixera pour chaque famille professionnelle ou profession la date d'entrée en vigueur des dispositions de la présente loi et leurs modalités particulières d'application ; il pourra notamment, suivant la nature et l'étendue des risques auxquels le personnel se trouve exposé, modifier le nombre des salariés en fonction duquel sont déterminés la composition et le fonctionnement des services médicaux et sociaux.

ART. 13. — Dans les familles profesionnelles ou les professions où les dispositions de la présente loi ne seraient pas encore entrées en application, les services médicaux et sociaux existants continueront à fonctionner et de nouveaux services pourront être créés dans les conditions antérieurement en vigueur à l'initiative des comités sociaux ou des chefs d'établissement.

Ces services devront obligatoirement se conformer aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application lors de leur entrée en vigueur pour la famille professionnelle ou la profession considérée.

Note. — *Des décrets en date du* 13 *août* 1943 *ont paru, portant application de la loi du* 28 *juillet* 1942 *respectivement aux familles professionnelles du cuir, de la céramique et de la transformation des métaux. On trouvera ci-dessous les dispositions essentielles de ces décrets d'application, conçus tous en termes identiques.*

Décret du 13 *août* 1943
portant application de la loi du 28 *juillet* 1942
à la famille professionnelle du cuir

ARTICLE PREMIER. — A titre provisoire et en attendant la constitution du comité social national et des comités sociaux locaux, les dispositions de la loi du 28 juillet 1942, relative à l'organisation de services médicaux et sociaux du travail, sont applicables à la famille professionnelle du cuir, selon les modalités ci-après.

Ces modalités seront modifiées en tant que de besoin après la constitution desdits comités sociaux.

ART. 2. — Les fonctions de médecin-conseil prévues à l'article 2 de la loi du 28 juillet 1942 pourront être confiées à un ou plusieurs médecins des comités d'organisation correspondant à la famille professionnelle du

cuir, qui devront être agréés par le ministre secrétaire d'Etat au Travail, après avis de la commission provisoire d'organisation de la famille professionnelle.

Le médecin-conseil provisoire exerce ses interventions auprès des entreprises dans le cadre des instructions conjointes du ministre secrétaire d'Etat au Travail et du ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et aux Communications, après avis du Comité permanent de médecine du travail.

Des rapports semestriels seront adressés par les médecins-conseils au ministre secrétaire d'Etat au Travail et au ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et aux Communications.

ART. 3. — Dans les trois mois qui suivront la publication du présent décret, les chefs d'établissement occupant d'une façon habituelle plus de 50 salariés devront créer des services médicaux et s'assurer, à cet effet, le concours d'un ou plusieurs médecins du travail qui leur consacrera chaque semaine au moins :

Une demi-journée de travail pour les établissements de 50 à 200 salariés.

Deux demi-journées de travail pour les établissements de 200 à 500 salariés.

Trois demi-journées de travail pour les établissements de 500 à 1.000 salariés.

Deux demi-journées de travail par groupe entier de 500 salariés, pour les établissements de plus de 1.000 salariés.

En outre, l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre pourra, après avis de l'inspection médicale du travail, mettre les chefs d'établissements occupant moins de 50 salariés en demeure de créer des services médicaux et de s'assurer le concours d'un médecin du travail lorsque leur personnel se trouve exposé à des risques professionnels particuliers. Les obligations imposées à ces établissements ne pourront pas dépasser celles qui incombent aux établissements de 50 à 200 salariés.

ART. 4. — Les chefs d'établissements occupant d'une façon habituelle moins de 500 salariés pourront être autorisés à adhérer dans un délai donné à un service médical interentreprises ou à une organisation médicale, à caractère non commercial, agréés par le ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et aux Communications et le ministre secrétaire d'Etat au Travail. Cette autorisation sera accordée par l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre, sur la proposition du médecin-inspecteur du travail désigné à cet effet par le médecin-inspecteur général du travail.

2° Organisation générale

a) A la tête de la profession

Loi du 28 *juillet* 1942

ART. 2. — Un médecin conseil est placé auprès de chaque comité social national en vue de définir, dans le cadre des principes généraux de la médecine du travail, les règles d'application particulières à la famille professionnelle ou à la profession ainsi que de coordonner et d'orienter l'action des médecins du travail.

La nomination des médecins conseils est soumise à l'agrément du secrétaire d'Etat au Travail.

b) Services médicaux d'entreprise et interentreprises

Loi du 28 *juillet* 1942

ART. 3. — Les établissements visés à l'article 65 du livre II du code du travail organiseront des services médicaux dans les conditions suivantes :

1° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle plus de cinq cents salariés seront tenus de s'assurer le concours d'un ou plusieurs médecins du travail qui leur consacreront chaque semaine au moins :

Trois demi-journées de travail pour les établissements de cinq cents à mille salariés ;

Deux demi-journées par groupe entier de cinq cents salariés pour les établissements de plus de mille salariés ;

2° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle de cinquante à cinq cents salariés devront, soit s'assurer le concours d'un médecin du travail qui leur consacrera deux demi-journées par semaine, soit s'affilier à un service médical organisé dans les conditions prévues à l'article 4 ;

3° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle moins de cinquante salariés pourront organiser un service médical dans les mêmes conditions que les établissements de cinquante à cinq cents salariés.

ART. 4. — **Dans toutes les localités où le personnel des familles professionnelles ou des professions** soumises aux dispositions de la présente loi dans les conditions prévues à l'article 12 **dépassera le chiffre de cinq cents** pour l'ensemble des établissements qui ne disposent pas d'un service médical particulier, les comités sociaux locaux intéressés seront tenus de constituer, soit isolément, soit en se groupant, **des services médicaux communs à ces établissements.** Chacun de ces services devra s'assurer le concours d'un médecin qui lui consacrera au moins un temps de travail calculé en faisant application au total des effectifs des établissements affiliés du barème prévu à l'article 3.

Les frais de fonctionnement seront répartis entre les établissements affiliés.

3° Equipement matériel des services

Loi du 28 *juillet* 1942

ART. 7. — Les locaux affectés au service médical devront être aménagés de la façon suivante :

Les services médicaux d'un établissement ou d'un comité social groupant **mille salariés** au moins devront disposer de :

Une salle d'attente, un cabinet médical, une salle de pansement.

Les services médicaux groupant **moins de cinq cents salariés** devront disposer de **deux pièces au moins.**

Les locaux affectés au service médical d'un établissement doivent être installés dans l'établissement même, en un lieu d'accès commode et à proximité d'une porte extérieure de l'usine.

Dans les établissements affiliés à un service

médical organisé par un comité social local, un poste de secours sera installé dans un local distinct des locaux affectés au travail. Il comportera le matériel nécessaire pour les soins courants pouvant être donnés par l'infirmière ou le secouriste.

4° Personnel médical

a) Recrutement

Loi du 28 juillet 1942

Art. 5. — **Les médecins du travail seront choisis, selon les cas, par les directeurs d'établissements ou les comités sociaux locaux intéressés,** qui devront aviser de leur choix les médecins-inspecteurs du travail de la circonscription régionale correspondante et le médecin-conseil de la famille professionnelle ou de la profession.

Ils devront obtenir, avant d'exercer leurs fonctions, **leur inscription à l'une des sections du tableau de l'ordre des médecins** institué par la loi du 7 octobre 1940.

Un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé fixera la date à partir de laquelle un diplôme de médecine du travail pourra être exigé pour la nomination.

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

Choix des médecins. — 1° Incompatibilités.

Les fonctions de médecin du travail d'une entreprise ou d'un service interentreprises sont incompatibles avec celles de médecin-contrôleur de la compagnie d'assurances qui couvre les risques de l'entreprise ou avec celles de médecin appointé par une organisation commerciale ne dépendant pas de l'entreprise et se proposant d'y organiser le service médical du travail. Le médecin doit, en effet, faire partie intégrante de l'entreprise ou du service interentreprises.

2° Nomination et agrément.

Le médecin du travail attaché à une entreprise ou à un service interentreprises est nommé actuellement par le chef d'entreprise ou par le groupement d'employeurs intéressés. Il est rétribué par le ou les chefs d'entreprise. Notification de la nomination du médecin doit être faite par l'employeur à l'inspection du travail, au médecin-conseil du comité d'organisation dont dépend l'entreprise et, ultérieurement, au médecin-conseil du comité social national de la profession lorsque ce comité sera constitué.

3° Choix du médecin.

Le médecin du travail attaché à une entreprise doit être Français et remplir les conditions prévues par les lois actuelles concernant l'exercice de la médecine.

Il est souhaitable que le médecin choisi soit pourvu de titres hospitaliers (qu'il soit interne ou externe des hôpitaux des villes de faculté ou école de médecine, nommé au concours).

Dans la mesure des possibilités, la préférence doit être accordée aux médecins qui ont acquis le diplôme d'un institut de médecine du travail. Pourront en outre être pris en considération des diplômes d'hygiène, d'orientation professionnelle. En l'absence de diplôme, la justification d'une formation spéciale de médecine sociale ou d'une activité antérieure de médecine du travail pourra constituer une référence utile.

D'ailleurs, la loi du 28 juillet 1942 prévoit qu'un arrêté ultérieur fixera la date à partir de laquelle un diplôme de médecine du travail pourra être exigé pour la nomination.

4° Rapports avec les conseils de l'ordre.

Le médecin du travail doit être obligatoirement inscrit au tableau de l'ordre des médecins.

b) Statut

Circulaire ministérielle du 7 mai 1943

Contrat. — La rédaction d'un contrat écrit liant le ou les employeurs et le médecin, est souhaitable et recommandée. Ce contrat s'inspirera du contrat type ci-dessous, établi, à titre indicatif, par le comité permanent de la médecine du travail.

Projet de contrat pour médecins d'entreprise à temps plein.

Entre les soussignés :

M. X..., agissant comme représentant de la société N..., dont le siège est à..... ou (s'il s'agit d'un service interentreprises, une des rédactions suivantes) :

a) MM. X..., Y..., Z..., agissant conjointement et solidairement ;

b) M. X..., agissant en son nom personnel et au nom de MM. Y... et Z... qui l'ont mandaté à cet effet, tous (trois) se déclarant conjointement et solidairement responsables des engagements résultant du présent contrat ;

c) M. X..., représentant le syndicat de..., et agissant au nom de MM. Y..., Z..., qui ont donné mandat spécial au syndicat de traiter en leur nom et qui s'engagent conjointement et solidairement, le syndicat........ ...... étant caution de cet engagement ;

d) Le comité social local agissant dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi du 28 juillet 1942,

d'une part,

et M. le docteur demeurant à

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Article premier. — Le docteur inscrit au tableau de l'ordre des médecins du département de s'engage à organiser et à assurer le fonctionnement du service médical du travail dans l'établissement de la société N..., à (ou dans les établissements désignés).

Art. 2. — Le docteur , assure le rôle de médecin du travail conformément aux dispositions de la loi du 28 juillet 1942, relative aux services médicaux et sociaux du travail (1).

Art. 3. — Il est précisé que le service médical est limité à l'intérieur de l'établissement (ou des établissements désignés) et aux seuls membres du personnel, à l'exclusion de leur famille. Le médecin s'engage à ne recevoir, en aucun cas, d'honoraires de la part du personnel.

Art. 4. — Le docteur est tenu au secret professionnel. Il s'engage également à garder le secret sur les dispositifs industriels et techniques de fabrication et sur tous renseignements qui pourraient lui être communiqués ou dont il pourra avoir eu connaissance au cours de ses fonctions.

Art. 5. — Le docteur recevra au début un traitement annuel de payable par mensualités (2).

(1) En cas de service interentreprises, préciser dans cet article le temps que le médecin du travail devra consacrer à chaque établissement.

(2) **Mention facultative :** Le montant de ce traitement sera majoré dans les conditions ci-après (les parties ont la liberté de fixer les conditions de cette augmentation en faisant intervenir les éléments de leur choix, ancienneté du médecin, augmentation des effectifs, par exemple).

Art. 6. — Le docteur bénéficiera du congé annuel payé accordé par les dispositions légales, les stipulations des conventions collectives ou les usages, aux chefs de service de l'entreprise (ou de la profession).

(En cas de pluralité de conventions collectives, indiquer celle à laquelle on entend se référer ou, en cas d'absence de convention, préciser les modalités d'attribution du congé.)

Art. 7. — En cas de maladie ou d'accident, la situation du docteur sera réglée conformément à la législation en vigueur et aux dispositions de la convention collective applicable aux chefs de service de l'entreprise.

(En cas de pluralité de conventions collectives, indiquer celle à laquelle on entend se référer ou, en cas d'absence de convention, préciser les modalités d'indemnisation.)

Art. 8. — La société s'engage à donner au docteur , compte tenu des exigences du service, toutes facilités pour suivre des cours de perfectionnement en vue d'étendre ses connaissances dans le domaine de la médecine du travail et de la pathologie professionnelle ou d'obtenir les titres universitaires qui s'y rapportent.

Art. 9. — En cas de contestations portant sur l'exécution ou la résiliation du présent contrat, les parties s'engagent à recourir à un arbitrage amiable, chacune d'elles désignant un arbitre de son choix, à moins qu'elles ne se mettent d'accord pour désigner un arbitre unique.

Si les arbitres ne peuvent se mettre d'accord sur le règlement du différend, ils désignent un surarbitre qui, à défaut de désignation conjointe par les arbitres, sera désigné par le président du Comité permanent de la médecine du travail.

Art. 10. — Le présent contrat peut être résilié sans préavis par l'une ou l'autre partie pendant une période de trois mois à compter de son entrée en vigueur.

Passé ce délai, la partie qui résilie le contrat doit observer un préavis de trois mois.

Art. 11. — En cas de congédiement non provoqué par une faute grave de sa part et hors le cas de force majeure, le docteur aura droit à une indemnité distincte de l'indemnité de délai-congé et calculée en fonction de la durée de ces services. Le montant de cette indemnité sera égal à un mois de rémunération par année de service sans pouvoir excéder douze mois, à moins que les habitudes de la profession ne prévoient une base de calcul plus large (1).

Pour l'application de cette disposition, les parties conviennent, compte tenu des services antérieurs à la rédaction du présent contrat, de fixer au (date) le point de départ des services.

Art. 12. — Une copie du présent contrat sera par les soins du médecin, transmise au collège de l'ordre départemental des médecins.

Fait en original, le

Projet de contrat pour médecins d'entreprise à temps partiel

Même préambule que pour le contrat concernant un service à temps plein.

Article premier, Art. 2, Art. 3, Art. 4, comme dans les contrats concernant un service à temps plein.

Art. 5. — Le docteur assurera son service à raison de n. vacations d'une demi-journée par semaine.

Sur cette base, ses honoraires sont fixés à francs par an et sont payables par mensualités (1).

Art. 6. — Le docteur bénéficiera du congé annuel payé accordé par les dispositions légales, les stipulations des conventions collectives ou les usages, aux chefs de service de l'entreprise (ou de la profession). Il lui sera payé une fraction de rémunération annuelle correspondante aux vacations comprises dans le temps de son congé.

(En cas de pluralité de conventions collectives, indiquer celles à laquelle on entend se référer ou, en cas d'absence de convention, préciser les modalités d'attribution du congé.)

Art. 7. — Même rédaction qu'à l'article 7 du contrat à temps plein.

Art. 8. — Même rédaction qu'à l'article 9 du contrat à temps plein.

Art. 9. — Le présent contrat peut être résilié sans préavis par l'une ou l'autre partie pendant une période de trois mois à compter de son entrée en vigueur.

Passé ce délai, la partie qui résilie le contrat doit observer un préavis de trois mois.

Art. 10. — Une copie du présent contrat sera, par les soins du médecin, transmise au collège de l'ordre départemental des médecins.

Fait en original le

Rémunération. — Le médecin d'entreprise ou d'un service interentreprises à temps complet n'exerce pas en clientèle. Sa rémunération doit donc tenir compte de ce fait.

Les médecins à temps partiel pourront exercer en clientèle. Leur rémunération sera variable suivant le temps passé à l'entreprise, l'importance du personnel et la nature des risques. Dans la mesure des possibilités, il est souhaitable que les médecins à temps partiel exercent la médecine dans un périmètre suffisamment éloigné de l'entreprise, compte tenu des possibilités locales.

Le médecin du travail doit, en principe, s'abstenir de recevoir dans son cabinet privé un travailleur de l'entreprise ou un membre de sa famille, vivant sous le même toit, à moins que l'urgence des soins à donner, l'absence de toute ressource médicale locale et l'éloignement de tout centre urbain ne justifient son intervention.

c) **Activité**

Loi du 28 *juillet* 1942

Art. 8. — Les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs dans des conditions qui seront précisées par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail, sur la proposition du comité permanent créé par l'article 4 de la loi du 31 octobre 1941.

A cet effet, ils doivent notamment procéder lors de l'embauchage et, par la suite, à intervalles réguliers, à un examen médical complet de chaque salarié, exercer une surveillance constante sur les jeunes ouvriers et les apprentis, s'assurer que

(1) Dans le cas où la convention collective en usage dans l'entreprise réserve une retraite aux cadres de l'entreprise, cette retraite sera envisagée pour le médecin, elle ne pourra se cumuler avec l'indemnité de congédiement.

chaque travailleur reçoit un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés et contrôler les conditions de travail et d'hygiène dans les ateliers. Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail.

Circulaire du 7 mai 1943

Soins. — Les dispositions de l'article 8 de la loi du 28 juillet 1942 stipulent que seuls peuvent être traités au service médical de l'entreprise les salariés qui n'arrêtent pas leur travail. Dans ce chapitre, il convient de distinguer les soins pour les accidents du travail, pour les maladies professionnelles et pour les maladies générales.

a) **Accidents du travail :** Le médecin du travail assure les soins d'urgence nécessaires en cas d'accident et fait le premier pansement.

Dans un but de prévention, il donne ses soins à l'infirmerie de l'établissement aux accidentés légers qui n'interrompent pas leur travail (renouvellement des pansements).

Quand l'arrêt de travail est nécessaire, il dirige le blessé vers son médecin de famille ou vers l'organisme de soins choisi par le blessé. Celui-ci ne peut reprendre son travail qu'après s'être présenté devant le service médical du travail.

b) **Maladies professionnelles :** Le médecin d'entreprise donne des soins à tout ouvrier atteint d'une maladie professionnelle énumérée dans les décrets d'application de la loi du 25 octobre 1919, relative à la réparation des maladies professionnelles quand elles n'entraînent pas l'arrêt du travail.

Pour toutes les maladies professionnelles ou réputées telles, visées par la loi du 25 octobre 1919 et le décret du 16 octobre 1935, il assure la liaison nécessaire avec le médecin traitant à titre d'information et de conseiller technique.

c) **Maladies générales :** : Les services de médecine du travail sont essentiellement préventifs mais le médecin du travail peut, au service médical de l'entreprise, donner ses soins au personnel pour les affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du service et ne nécessitant pas de soins suivis ; exceptionnellement, une ordonnance pourra être remise et la même feuille d'assurances sociales ne pourra être signée qu'une fois seulement, avec la mention :

« Consultation gratuite exceptionnelle ».

En cas de maladies nécessitant des soins suivis ou entraînant l'arrêt du travail, le malade sera adressé, avec un résumé des constatations déjà faites, à son médecin de famille, au spécialiste compétent ou à l'organisme de soins choisi par l'intéressé.

Toutefois, certains soins pourront être donnés au service médical de l'entreprise, pour toute maladie demandant un traitement suivi, sur demande écrite du médecin ayant ordonné ledit traitement.

Controle de l'absentéisme. — Le médecin d'entreprise surveille l'état sanitaire de la main-d'œuvre ; il étudie à l'usine, d'une manière générale, l'état des absences du personnel.

Il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin du travail et le contrôle médical direct des malades ou blessés. Le médecin du travail doit entrer en liaison avec les médecins-contrôleurs des organismes chargés du contrôle (compagnies d'assurances, caisses d'assurances sociales), ou le médecin spécialement désigné par l'entreprise dans le cas où celle-ci est son propre assureur.

Néanmoins, en cas d'absence répétée ou prolongée, le médecin de l'entreprise pourra convoquer, à titre documentaire, au service médical de l'entreprise, tout salarié en cours d'arrêt.

Les maladies professionnelles telles qu'elles sont énumérées par le décret du 16 octobre 1935, relatif à la déclaration obligatoire des maladies professionnelles, sont soumises au contrôle du médecin de l'entreprise.

Liaisons. — Le médecin du travail rend compte de son activité au chef d'entreprise ou au groupement d'employeurs. Les comptes rendus de son activité générale sont communiqués obligatoirement au comité social d'entreprise qui doit les transmettre au médecin-conseil de la famille professionnelle (ultérieurement, au médecin-conseil du comité social national de la famille professionnelle ou de la profession).

Il travaille en liaison étroite avec le médecin-conseil du comité d'organisation dont dépendent la ou les entreprises.

L'exécution de son service est contrôlée par les médecins-inspecteurs du travail.

Liaisons avec les Assurances sociales

Circulaire de la direction des Assurances sociales du 11 *novembre* 1943

1° Paiement des prestations par les caisses d'Assurances sociales.

Il est rappelé que, conformément aux principes de la loi du 28 juillet 1942, relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail et de la doctrine élaborée par le Comité permanent de la médecine du travail institué par la loi du 31 octobre 1941, relative à la protection médicale du travail, les médecins du travail n'ont pas qualité pour donner des soins d'une façon régulière au personnel de l'entreprise. Ils n'y sont habilités qu'à titre exceptionnel quand il s'agit d'affections bénignes et passagères. C'est ainsi qu'ils peuvent notamment, en cas d'accidents du travail, donner les soins d'urgence de même qu'en cas de maladies professionnelles n'entraînant pas la cessation du service ; mais ces soins peuvent également être étendus aux affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du travail et ne nécessitant pas de soins suivis. Dans ce cas, une ordonnance peut exceptionnellement être remise au malade et la feuille de maladie des Assurances sociales peut être signée — une seule fois — sous réserve d'y faire figurer la mention « Consultation gratuite exceptionnelle ».

Le Comité permanent a, d'autre part, dans sa séance du 8 juillet 1943, admis que les médecins du travail pouvaient éventuellement prescrire un repos aux travailleurs dont l'état de santé justifie une

interruption de travail. Mais, ainsi que je l'ai noté dans une lettre adressée, le 27 septembre 1942, à M. le Président du Conseil de l'Ordre des médecins, la médecine du travail doit se limiter strictement à la prévention. Il s'ensuit que les repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doivent être de très courte durée et ne pas s'accompagner d'une ordonnance, puisqu'ils ne peuvent se justifier en principe que par la nécessité d'éviter qu'un état de fatigue vienne à s'aggraver. Dans ces conditions, le maximum de la durée de repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doit être fixé à huit jours. Pour cette période, la participation de la Caisse d'Assurances sociales est limitée au paiement éventuel des indemnités journalières, après le délai de carence. A l'expiration des huit jours, le service des prestations d'Assurances sociales ne pourra être continué que sur prescription du médecin traitant de l'assuré.

D'autre part, je précise que l'employeur doit seul conserver la charge du fonctionnement de la médecine d'entreprise et qu'il ne peut, par conséquent, obtenir des Caisses d'Assurances sociales ni une subvention forfaitaire, ni une subvention calculée suivant le nombre d'actes médicaux dispensés. Les Caisses d'Assurances sociales si elles ne doivent en aucune manière rembourser d'honoraires médicaux concernant les actes (consultations et actes de pratique médicale courante) pratiqués dans ces conditions par les médecins du travail, doivent du moins rembourser, dans les conditions habituelles, les médicaments prescrits sur ordonnance de ces médecins. Elles auront soin toutefois de s'assurer que les ordonnances délivrées ne concernent pas des assurés victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle. L'attention des médecins du travail est appelée, par ailleurs, sur le fait que les feuilles de maladie d'Assurances sociales ne doivent être signées par eux que si les soins donnés ne concernent pas une maladie susceptible d'être indemnisée au titre de la législation sur les accidents du travail.

2° Contrôle de la gratuité des soins :

MM. les Directeurs des Services régionaux des Assurances sociales signaleront aux Caisses d'assurances sociales que tout acte médical exécuté dans un service médical du travail doit être gratuit. Les Caisses d'Assurances sociales qui connaîtraient des cas précis de services médicaux qui auraient demandé aux ouvriers des honoraires quelconques pour un acte médical devront les signaler au Service régional des Assurances sociales, auquel il appartiendra de m'en aviser.

3° Participation des Assurances sociales à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et sociaux du travail :

Dans l'état actuel des textes, la participation financière des Assurances sociales dans le domaine des services médicaux et sociaux du travail ne peut être en aucune manière envisagée. L'intervention des Caisses d'assurances sociales et des Unions doit être limitée à une collaboration qui pourrait se traduire par la mise à la disposition des services médicaux et sociaux du travail, du matériel de dépistage que peuvent posséder les Caisses et Unions, notamment l'appareillage de radiophotographie. En présence, en effet, des difficultés d'acquisition d'un tel matériel à l'heure actuelle, il est souhaitable que les Caisses d'Assurances sociales et leurs Unions viennent en aide aux services médicaux et sociaux à cet égard.

....

5° Personnel auxiliaire

Loi du 28 *juillet* 1942

Art. 6. — Dans les services médicaux communs organisés par les comités sociaux et dans les établissements comprenant cinq cents salariés au moins, les médecins du travail sont assistés par des infirmiers ou des infirmières diplômés.

Il doit exister au moins un infirmier ou une infirmière par groupe entier de mille salariés.

Dans les établissements de cinquante à cinq cents salariés un membre du personnel reçoit obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence.

6° Sanctions

Art. 14. — La procédure de la mise en demeure prévue à l'article 68 du Livre II du Code du travail est applicable à celles des prescriptions de la présente loi qui visent les chefs d'établissement. Le délai minimum d'exécution des mises en demeure est fixé à un mois.

En outre, les sanctions prévues par la section 5 du chapitre 2 du Titre IV du Livre II du Code du travail, sont applicables vis-à-vis des chefs d'établissement, directeurs, gérants ou préposés en cas d'inobservation desdites prescriptions.

B. ORIENTATION, INSPECTION ET CONTROLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

1° Comité permanent de la médecine du travail

Loi du 31 *octobre* 1941
relative à la protection médicale du travail

Art. 4. — Il est institué auprès de la direction du travail un comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail et fixe les règles générales d'action des médecins-inspecteurs du travail.

Les membres du comité sont nommés pour six ans par le secrétaire d'Etat au Travail, qui désigne parmi eux le président. Un tiers d'entre eux est désigné sur la proposition du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé (Secrétariat général de la Santé). Le directeur du travail et le médecin-inspecteur général qui serait éventuellement désigné comme conseiller technique font obligatoirement partie du comité.

2° Médecins-inspecteurs du travail

a) **Principes généraux**

Loi du 31 *octobre* 1941

Article premier. — Afin de compléter l'action du service de l'inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs, le secrétaire d'Etat au Travail est autorisé à recruter **trois médecins-inspecteurs généraux** auxquels

seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des **médecins-inspecteurs et inspectrices du travail chargés de missions de caractère temporaire.**

b) Statut des médecins-inspecteurs

MÉDECINS-INSPECTEURS GÉNÉRAUX

Loi du 31 *octobre* 1941

ART. 3. — Les médecins-inspecteurs généraux sont désignés par le secrétaire d'Etat au Travail, après accord du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Ils sont chargés, sous l'autorité du directeur du travail, de coordonner et de contrôler l'activité des médecins-inspecteurs et inspectrices du travail dans une région déterminée. Ils peuvent, en outre, être chargés, sur toute l'étendue du territoire, de missions spéciales se rattachant à la protection de la santé des travailleurs.

L'un des médecins-inspecteurs généraux peut, tout en continuant d'assurer sa mission dans les conditions ci-dessus fixées, être chargé des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale pour tout ce qui touche à la protection médicale du travail et aux attributions des médecins-inspecteurs du travail.

Chaque année, les médecins-inspecteurs généraux adressent au secrétaire d'Etat au Travail un rapport sur leur activité dans la circonscription qui leur est attribuée et les résultats obtenus dans le domaine de la protection de la santé des travailleurs. Les rapports des médecins-inspecteurs généraux sont communiqués par le secrétaire d'Etat au Travail au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

MÉDECINS-INSPECTEURS
ET INSPECTRICES DU TRAVAIL

Décret du 4 *février* 1942

ART. 8. — Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail, prévus par la loi du 31 octobre 1941, relative à la protection médicale du travail, sont spécialement désignés pour remplir, en dehors de leur activité professionnelle habituelle, des **missions de caractère temporaire** qui peuvent leur être confiées par le secrétaire d'Etat au Travail.

ART. 9. — Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail sont désignés par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail, sur présentation des candidats par des commissions régionales présidées par le médecin-inspecteur général du travail dans la circonscription duquel se trouve la région, et comprenant en outre :

L'inspecteur divisionnaire ;

Le directeur régional de la santé et de l'assistance ;

Un membre de la section d'hygiène industrielle et de médecine du travail du comité consultatif d'hygiène de France, désigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

ART. 10. — Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail sont **rémunérés à l'occasion de chacune des missions qui leur sont confiées au moyen de vacations dont le montant est fixé à 50 francs.** Le nombre de vacations afférent à chaque mission est déterminé, compte tenu de l'importance des travaux auxquels cette mission a donné lieu de la part des intéressés, sans toutefois que le nombre de vacations par jour de mission effective puisse excéder quatre.

En outre, les intéressés ont droit au remboursement de leurs frais de tournées ou de missions. A cet effet, ils sont classés dans le groupe 2 des services extérieurs mentionnés à l'article premier du décret du 30 septembre 1934 modifié, relatif aux indemnités pour frais de missions et de tournées allouées aux fonctionnaires et agents du Secrétariat d'Etat au Travail.

c) Fonctions des médecins-inspecteurs

DISPOSITIONS COMMUNES
A TOUS LES MÉDECINS INSPECTEURS

Loi du 31 *octobre* 1941

ART. 2. — Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail. Cette action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médico-sociaux des établissements visés à l'article 65 du livre II du code du travail.

L'activité des médecins-inspecteurs s'étend, avec l'accord des administrations intéressées :

1° Aux services médicaux des organismes d'orientation, de formation et de reclassement professionnel ;

2° Aux services médico-sociaux qui pourront être créés dans les offices du travail, en vue, notamment, du classement des travailleurs sans emploi.

Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec ceux-ci à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail. Ils doivent fournir au médecin-inspecteur général duquel ils relèvent, ainsi qu'à l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve l'établissement ou l'organisme visité, le compte rendu des constatations faites au cours des visites, accompagné de leurs propositions. Ils adressent périodiquement au directeur régional de la santé un rapport résumant seurs constatations. Ils travaillent en accord avec lui et en reçoivent des directives pour tout ce qui concerne les questions sanitaires d'ordre général.

ART. 6. — Les dispositions du code du travail relatives aux pouvoirs et obligations des inspecteurs du travail sont étendues aux médecins-inspecteurs et inspectrices et aux médecins-inspecteurs généraux du travail, à l'exception des dispositions de l'article 107 du livre II du code du travail relatives aux procès-verbaux et de l'article 68 du même livre relatives aux mises en demeure.

En vue de la prévention des affections professionnelles, les médecins-inspecteurs du travail sont autorisés à faire, aux fins d'analyse, tous prélèvements

portant notamment sur les matières en œuvre et les produits utilisés.

Décret du 3 mai 1943 relatif aux conditions d'exercice des fonctions de médecin-inspecteur général et de médecin-inspecteur du travail.

ART. 3. — Le serment prévu à l'article 102 du livre II du code du travail est prêté par les médecins-inspecteurs généraux du travail entre les mains du secrétaire d'Etat au Travail et par les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail entre les mains du préfet du département de leur résidence.

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX MÉDECINS-INSPECTEURS GÉNÉRAUX

Décret du 3 mai 1943

ARTICLE PREMIER. — Les médecins-inspecteurs généraux du travail exercent leur activité dans une circonscription territoriale définie par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail. D'autre part, les médecins-inspecteurs généraux du travail peuvent, par décision du secrétaire d'Etat au Travail, être chargés pour toute l'étendue du territoire de missions spéciales portant sur un ou plusieurs points particuliers de médecine et d'hygiène du travail.

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX MÉDECINS-INSPECTEURS ET INSPECTRICES

Décret du 3 mai 1943

ART. 2. — Les médecins-inspecteurs et inspectrices du travail exercent leur activité dans la région qui leur est assignée par l'arrêté de nomination.

A l'intérieur de cette région, ils procèdent aux visites et enquêtes qui leur sont prescrites par le médecin-inspecteur général du travail duquel ils relèvent. L'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre peut également demander à un médecin-inspecteur du travail de sa circonscription de procéder à des visites ou enquêtes. Il rend immédiatement compte de sa demande au médecin-inspecteur général du travail duquel relève le médecin-inspecteur sollicité en faisant connaître les raisons pour lesquelles il a adressé directement une demande à celui-ci.

3° Section d'hygiène industrielle et de médecine du travail

Loi du 31 octobre 1941

ART. 5. — Il est créé, au sein du comité consultatif d'hygiène de France, une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé La section délibère sur toutes les questions d'ordre technique qui lui sont soumises par le secrétaire d'Etat au Travail et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

4° Comité directeur des services médico-sociaux

Arrêté du 1er avril 1943

ARTICLE PREMIER. — Il est institué auprès du ministre de la Production industrielle et des Communications et du ministre secrétaire d'Etat au Travail, un comité directeur interministériel des services médico-sociaux.

ART. 2. — Ce comité est chargé, par délégation des secrétaires d'Etat intéressés, de diriger l'action des médecins-conseils prévus par l'article 2 de la loi du 28 juillet 1942 et placés provisoirement auprès des comités d'organisation professionnels et des commissions provisoires d'organisation des familles professionnelles en attendant la constitution des comités sociaux nationaux.

ART. 3. — En outre, le comité règle par délégation des secrétaires d'Etat intéressés les questions matérielles et financières posées par le fonctionnement des services médico-sociaux visés à l'article 2.

ART. 4. — Le comité directeur interministériel des services médico-sociaux est ainsi composé :

1° Deux délégués du ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et aux Communications ;

Le conseiller d'Etat, secrétaire général à l'organisation industrielle et commerciale ;

Un médecin-inspecteur général du Ministère de la Production industrielle et des Communications ;

2° Deux délégués du ministre secrétaire d'Etat au Travail.

5° Comités sociaux d'entreprises

Note. — *Nous rappelons que l'article* 24 *de la loi du* 4 *octobre* 1941 *(Charte du travail) donne aux comités d'entreprises la mission de réaliser au premier degré la collaboration sociale et professionnelle entre la direction et le personnel. Leurs attributions comprennent notamment « d'aider la direction à résoudre toutes les questions relatives au travail et à la vie du personnel dans l'établissement ; de provoquer un échange d'informations mutuel sur toutes les questions intéressant la vie sociale du personnel et des familles ; de réaliser les mesures d'entraide sociale... »*

Pour remplir correctement leur mission, les comités sociaux d'entreprises doivent donc travailler en liaison avec le médecin d'entreprise.

Circulaire ministérielle du 22 juin 1943

... Je crois devoir attirer votre attention sur le fait que le comité social provisoire d'entreprise doit, pour l'exercice de ses attributions, faire appel à la collaboration du médecin d'usine et de l'assistante sociale..

Le médecin d'usine et l'assistante sociale assisteront de plein droit aux séances du comité social d'entreprise. Il y émettront des suggestions ou donneront leur avis sur toutes questions entrant dans les attributions du comité et au sujet desquelles ils seraient qualifiés pour intervenir en raison de leur compétence. Ce rôle de conseiller technique s'exercera évidemment surtout à propos des attributions d'ordre social du comité social d'entreprise et en matière d'hygiène et d'organisation de la sécurité dans l'établissement...

6° Comités de sécurité

Décret du 4 *août* 1941 *relatif à l'institution des comités de sécurité dans les établissements industriels et commerciaux.*

Article premier (modifié, décret 1er décembre 1942). — Les comités de sécurité sont institués obligatoirement dans les établissements visés à l'article 65 du livre II du code du travail lorsque ces établissements appartiennent à l'une des deux catégories suivantes :

a) Entreprises occupant d'une façon habituelle cinq cents salariés au moins ;

b) Chantiers temporaires du bâtiment et des travaux publics, dès que l'effectif du personnel occupé sur un même chantier dépasse cent ouvriers.

En outre, dans les catégories professionnelles où cette mesure paraîtrait nécessaire, un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail pourra imposer la création de comités de sécurité dans les établissements ne comptant pas les effectifs ci-dessus indiqués.

Dans les établissements autres que ceux où l'institution d'un comité de sécurité est obligatoire en vertu des dispositions précédentes et où sont exécutés des travaux de nature à présenter une insécurité particulière pour le personnel en ce qui concerne les accidents du travail ou les maladies professionnelles, les employeurs peuvent être mis en demeure par l'inspecteur du travail d'organiser un ou plusieurs comités de sécurité. Le délai minimum d'exécution de la mies en demeure est fixé à quinze jours.

Art. 2. — Le comité de sécurité comprend :

Le chef d'établissement ou son représentant, président ;

Le chef du service de la sécurité ; à défaut, un chef de service ou un ingénieur désigné par l'employeur, ce membre pouvant être remplacé dans les chantiers de travaux publics par un contremaître ;

Le médecin de l'usine dans les établissements où il existe ;

Deux délégués du personnel désignés dans les conditions qui seront fixées par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail ;

Un contremaître ou chef d'équipe désigné par l'employeur pour une durée de trois ans.

Ce comité pourra faire appel à la collaboration de toute autre personne qui lui paraîtrait qualifiée ou à des organismes spécialisés dans la prévention du travail.

Art. 3. — Le comité de sécurité a pour mission :

1° De procéder lui-même ou de faire procéder par un de ses membres à une enquête à l'occasion de chaque accident ou de chaque maladie professionnelle grave, c'est-à-dire ayant entraîné mort d'homme ou incapacité permanente ou incapacité temporaire de plus de vingt jours ;

2° De procéder à l'inspection de l'établissement, en vue de s'assurer de l'application des prescriptions législatives et réglementaires et des consignes concernant la sécurité ; de s'assurer du bon entretien des dispositifs de protection ;

3° D'organiser l'instruction des équipes chargées des services d'incendie et de sauvetage et de veiller à l'observation des consignes de ces services ;

4° De développer par tous les moyens efficaces le sens du risque professionnel.

Le comité donne son avis, sur toutes mesures se rattachant à l'objet de sa mission, notamment sur les règlements et consignes de sécurité de l'établissement.

Art. 4. — Le comité de sécurité doit être réuni au moins une fois par trimestre et, en outre, à la suite de tout accident qui aura entraîné ou aurait pu entraîner des conséquences graves.

Les réunions ont lieu dans l'établissement et, autant que possible, pendant les heures de travail. Le temps de présence aux réunions est rémunéré comme temps de travail pour les membres du comité appartenant au personnel.

Arrêté du 13 *mai* 1943 *relatif au rôle des comités de sécurité*

Article premier. — En exécution des dispositions de l'article 3 du décret du 4 août 1941 modifié, les comités de sécurité seront tenus de fournir au Ministère du Travail, par l'intermédiaire du service de l'inspection du travail, les renseignements suivants :

1° Une fiche de renseignements à l'occasion de :

a) Tout accident grave tel qu'il est défini au paragraphe premier de l'article 3 du décret du 4 août 1941 modifié ;

b) Tout accident qui, sans causer de dommages à un travailleur, aura cependant révélé l'existence d'un danger grave dont les conséquences pour les travailleurs n'ont été écartées que par suite de circonstances fortuites.

Cette fiche devra être conforme au modèle joint au présent arrêté annuel sur l'activité du comité de sécurité (1) ;

2° Des renseignements statistiques faisant ressortir les suites probables des accidents rapprochés de leurs causes matérielles, l'âge et le sexe de la victime, le siège et la nature des lésions rapprochés des causes matérielles des accidents, les taux de fréquence et de gravité.

Ces documents seront établis selon les modèles annexés au présent arrêté. Ils devront être adressés, en double exemplaire, dans les délais suivants : dans le mois qui suit l'accident en ce qui concerne la fiche de renseignements, avant le 1er mars de chaque année pour le rapport et pour les statistiques (1).

(1) Les modèles de fiches et de documents joints à l'arrêté sont remis aux comités de sécurité par les inspecteurs du travail.

N° d'autorisation : 20.751 Dépôt légal : N° 4-44-2. Juin 1944 Blanchong et Cie, impr. 30, rue du Poteau, Paris (18e) 31.1040

Nº d'ordre : 2 et 12 prov. PRIX : 6 Francs

La DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE du MÉDECIN PRATICIEN

Éditée par le CONCOURS MÉDICAL

Rédaction et Administration : 37, rue de Bellefond, PARIS-IXe

STATUT ACTUEL DE LA PROFESSION MÉDICALE

Nº d'ordre : 2 et 12 prov. Novembre 1944

LA DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE

DU MÉDECIN PRATICIEN

Publiée par le CONCOURS MÉDICAL

sous la haute Direction de Me Bernard AUGER, *Avocat aux Conseils*

STATUT ACTUEL DE LA PROFESSION MÉDICALE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Signification toute spéciale de cette publication

Le fascicule que nous adressons aujourd'hui à nos lecteurs dans le cycle de notre Documentation Permanente a un caractère tout particulier.

Tout d'abord, il groupe deux questions qui ont fait jusqu'à présent le sujet de publications distinctes : les Conditions de l'exercice de la médecine, traitée dans notre plan d'ensemble sous le numéro d'ordre 2, et l'Organisation de la profession (Syndicats ou Ordre), dotée du numéro d'ordre 12.

Ensuite, ce fascicule contient — et c'est son originalité propre — à côté de textes déjà condamnés à mort avec sursis ou qui seront au moins profondément remaniés, des textes non publiés dans la métropole, par conséquent pas encore applicables.

« Curieuse méthode de documentation, nous dira-t-on. Ne risquez-vous pas, en présentant côte à côte, textes en vigueur et textes à l'étude, de faire naître de fâcheuses confusions ? »

Nous avons soigneusement distingué typographiquement et par des mentions fréquemment répétées les deux séries de textes. Et si nous avons pris cette détermination inusuelle, c'est que nous nous sommes rendu compte par le courrier que nous recevons et par les réunions auxquelles nous avons pu assister, que le médecin est, d'une part, totalement ignorant des mesures en gestation pour l'organisation de sa profession et, d'autre part, inquiet de constater que, l'Ordre de Vichy ayant été supprimé, aucun organisme ne lui a été substitué pour assurer la représentation de la profession et la défense de ses intérêts.

La publication, entre autres, du texte intégral de l'Ordonnance du 18 *octobre* 1943 *relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et à l'organisation des professions médicale et dentaire, et de l'Ordonnance du* 27 *août* 1944 *relative au rétablissement des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, toutes deux publiées à Alger, a pour objet de montrer aux médecins, d'une part, ce qui avait été conçu là-bas pour succéder à l'Ordre de Vichy et qui est, par conséquent, sous-jacent aux agitations politiques actuelles dans ce domaine et, d'autre part, de leur faire mesurer exactement dans quel état d'incohérence le retard apporté aux publications nécessaires place la profession médicale. La lecture attentive de ces textes éclairera et justifiera pour nos lecteurs les thèses défendues dans le* Concours Médical, *sur les questions d'organisation professionnelle notamment. Ces textes étant trop longs pour pouvoir être publiés dans le journal, réduit aux proportions squelettiques que lui vaut, à lui aussi, la dureté des temps, nous ne pouvons mieux faire que de les publier ici.*

Nous entendons donc, par ce travail, non seulement donner à nos lecteurs une documentation, mais aussi une information complète et rapide.

***

Ceci dit, prenons panoramiquement connaissance de la réglementation « du moment » sur l'exercice de la médecine. Ce sont les lois du 30 *novembre* 1892 *et du* 26 *juillet* 1935, *dans la forme qu'elles revêtaient au* 1er *septembre* 1939, *qui constituent actuellement les textes de base. L'ordonnance du* 18 *octobre* 1943, *publiée à Alger et dont nous venons de parler, se proposait bien de les rajeunir, mais elle n'a pas vu le jour en France. Seul un de ses textes d'application est théoriquement en vigueur.*

Quelles sont les principales nouveautés en la matière ? Aujourd'hui tous les médecins étrangers, non naturalisés, autorisés à exercer leur profession en France avant le 26 *juillet* 1935, *peuvent sans aucune formalité spéciale reprendre leur exercice professionnel.*

Quant aux étrangers naturalisés, ils peuvent aussi exercer sans aucune restriction, à la condition d'avoir accompli les devoirs militaires d'un Français de naissance ou d'avoir observé les délais d'attente institués autrefois par la loi Armbruster.

Les Israélites, de leur côté, ont également recouvré pleine liberté d'exercice, puisque par l'ordonnance du 9 *août* 1944, *dont nous avons publié un extrait, sont annulés tous les textes de Vichy établissant ou appliquant une discrimination fondée sur la qualité de Juif.*

Voilà, avec la validation de la loi de Vichy du 28 *août* 1942 *sur la préservation des intérêts des médecins prisonniers, les points essentiels qu'il fallait signaler. Une étude consacrée à cette question dans le* Concours Médical *(numéro du* 15 *novembre) la fouillera davantage.*

Passons à l'organisation professionnelle. Nos lecteurs sont priés de se reporter pour plus ample informé, à l'article de J. Mignon paru dans le numéro d'octobre du Concours Médical.

Tout d'abord l'Ordre des Médecins institué par Vichy est supprimé. Les biens appartenant aux Conseils de l'Ordre sont séquestrés. Les syndicats de médecins reconstitués seront admis à prélever dans les biens séquestrés ceux qui, leur appartenant, avaient été transférés aux Conseils de l'Ordre par la législation abrogés. Le surplus des biens sous séquestre devra être transféré aux nouveaux Conseils départementaux de l'Ordre, institués par l'Ordonnance du 18 *octobre* 1943.

Il y a donc un nouvel Ordre ? Non pas, et c'est là que l'affaire se corse. L'ordonnance du 18 *octobre* 1943, *publiée à Alger, n'est pas applicable en France.*

Il y a au moins les syndicats ? Pas davantage. Car les médecins résistants (et M. le Ministre lui-même) s'opposent à toute reconstitution immédiate des anciens syndicats. Jusqu'à quel point cette attitude est-elle fondée légalement ? Il y aurait beaucoup à dire. Mais ce qui nous paraît difficilement contestable, c'est le droit que les médecins ont, comme tout citoyen à l'heure actuelle, de créer de nouveaux syndicats. Nous avons tenu pour le démontrer à publier l'extrait essentiel de l'ordonnance du 27 *juillet* 1944 *qui rétablit, pour l'ensemble des professions, la liberté syndicale. Pour quelle raison interdire aux médecins ce qui est accordé à tout autre Français ? En tous cas, si un texte devait porter une telle interdiction, ce texte est encore à naître.*

Provisoirement, comment est donc assurée la continuité de la représentation médicale ? Par les seuls Comités médicaux de la Résistance, dont une ordonnance imminente légaliserait, paraît-il, la situation de fait.

Nous souhaitons, quant à nous, que sous une forme ou sous une autre, prenne fin l'interrègne actuel. Ne savons-nous pas qu'il faut redouter les Régences ?

P. Douriez.

STATUT ACTUEL DE LA PROFESSION MEDICALE

Préambule

Ordonnance du 9 août 1942

relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental

ART. 1er. — La forme du gouvernement de la France est et demeure la République. En droit celle-ci n'a pas cessé d'exister.

ART 2. — **Sont nuls et de nul effet** tous les actes constitutionnels législatifs ou réglementaires, ainsi que les arrêtés pris pour leur exécution, sous quelque dénomination que ce soit, promulgués sur le territoire continental postérieurement au 16 juin 1940 et jusqu'à l'établissement du Gouvernement provisoire de la République française.

Cette nullité doit être expressément constatée.

ART. 3. — **Est expressément constatée la nullité des actes suivants :**

L'acte dit « loi constitutionnelle du 10 juillet 1940 » ;

Tous les actes dits « actes constitutionnels » ;

Tous les actes qui ont institué des juridictions d'exception ;

Tous les actes qui ont imposé le travail forcé pour le compte de l'ennemi ;

Tous les actes relatifs aux associations dites secrètes ;

Tous ceux qui établissent ou appliquent une discrimination quelconque fondée sur la qualité de Juif ;......................

I. L'exercice de la médecine

A) Conditions légales requises pour l'exercice de la médecine

Loi du 26 *juillet* 1935

ART. 1er. — **Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France, s'il n'est :**

1° Muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 septembre 1919, loi du 13 juillet 1921, loi du 10 août 1924, décret du 5 juillet 1922 ratifié par la loi du 13 décembre 1924, loi du 18 août 1927) ;

2° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France.

....

NOTE. — *Cette loi constitue à l'heure actuelle, sous la forme qu'elle avait au* 1er *septembre* 1939, *le texte de base de toute la réglementation sur l'exercice de la médecine, étant donnée l'abrogation des lois des* 16 *août* 1940 *et* 22 *novembre* 1941 *sur l'exercice de la médecine par les étrangers et des textes ayant institué l'Ordre des Médecins.*

Ses dispositions ont été reprises en substance par l'ordonnance du 18 *octobre* 1943, *publiée à Alger, mais non publiée dans la métropole, et dont nous parlons dans notre introduction. Outre la substance des dispositions ci-dessus, l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943 *contient dans son article* 1er *un paragraphe* 3 *ainsi conçu :*

....

3° *Inscrit à un tableau* de l'Ordre des *Médecins ou à un tableau de praticiens de l'art dentaire, institué par la présente ordonnance.*

Toutefois, cette troisième condition ne s'applique pas aux docteurs en médecine appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer ou de l'air.

Pour l'Ordre des Médecins visé par cette disposition, cf. ci-dessous, page 15.

1° Diplôme d'Etat français de docteur en médecine

a) Les élèves en médecine et les internes

Loi du 30 *novembre* 1892

ART. 16. — Exerce illégalement la médecine : 1°, 2°, 3° ....

Les dispositions du § 1er du présent article (*relatives à la nécessité du diplôme*) **ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades,** ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

....

NOTE. — *Ces dispositions sont reproduites dans l'article* 9 *de l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943.

ÉLÈVES EN MÉDECINE. — EXERCICE DE LA MÉDECINE. — ABSENCE DE SURVEILLANCE EFFECTIVE DE LA PART DU MÉDECIN RESPONSABLE. — EXERCICE ILLÉGAL. — COMPLICITÉ.

Le fait pour les étudiants en médecine de prendre part habituellement au traitement des maladies, sur les instructions d'un docteur en médecine, qui les envoie en visite chez ses clients, d'établir ainsi des diagnostics et de formuler des traitements, sans que le médecin responsable les ait visités, ne peut être considéré comme rentrant dans les prévisions de l'art. 16, § 5, de la loi du 30 novembre 1892.

Il importe peu, d'autre part, que les étudiants en question aient été munis du nombre d'inscriptions nécessaire pour effectuer des rempla-

cements, du moment qu'il est établi qu'ils n'étaient pas pourvus de l'autorisation préfectorale.

De tels agissements constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, et le médecin qui a fourni à ces étudiants le moyen de commettre ce délit doit être condamné comme complice. (Trib. corr. de Reims, 3 avril 1935, Cour de Paris, 19 juin 1936).

Un médecin étranger, qui n'a pas le droit d'exercer sa profession en France, ne peut invoquer l'art. 16, § 5 de la loi du 30 novembre 1892, et prétendre exercer comme aide d'un docteur, dès lors que son rôle ne se borne pas à celui d'un simple agent d'exécution des prescriptions du diplômé, mais qu'il visite les malades, pose des diagnostics, fixe des traitements et en surveille les effets sur un pied d'égalité scientifique et technique avec le médecin qui l'emploie. (Trib. corr. de Bar-le-Duc, 2 février 1938.)

HOPITAUX. — SOINS ADMINISTRÉS PAR UN INTERNE SOUS LA DIRECTION D'UN DOCTEUR EN MÉDECINE. RÉGULARITÉ.

Un interne, opérant sous la direction d'un docteur en médecine, peut sans irrégularité donner des soins. L'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 prescrit en effet que les dispositions sur l'exercice illégal de la médecine ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine agissant comme aide d'un docteur.

(Conseil d'Etat, arrêt Loiseau, 7 nov. 1935.)

INTERNE. — SOINS DONNÉS CONTRE RÉTRIBUTION A DES MALADES NON HOSPITALISÉS. — EXERCICE ILLÉGAL.

L'interne d'un hôpital qui, non muni du diplôme de docteur en médecine, traite clandestinement, contre rétribution des malades non hospitalisés, se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine.

(Trib. corr. Bourges, *Siècle Médical*, 15 avril 1936.)

b) Les remplaçants

Loi du 30 novembre 1892 modifiée par la loi du 26 mai 1941

....

ART. 6. — **Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.**

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

NOTE. — *Dans la citation ci-dessus, nous avons fait étal de la modification apportée au texte par la loi du 26 mai* 1941. *On pourrait s'étonner que nous n'ayons pas fail de même en ce qui concerne la loi du 26 juillel* 1935 *qui a été aussi modifiée par la loi du 26 mai* 1941. *Une courte explication sur le sort actuel des différentes dispositions de a loi du 26 mai* 1941 *est donc nécessaire.*

a) *La loi du* 26 *mai* 1941 *n'a fait jusqu'à présent l'objet ni d'une déclaration de nullité, ni d'une abrogation expresse ; par conséquent, les grandes lignes de cette loi subsistent.*

b) *Mais cette loi, qui a modifié à la fois les lois des* 30 *novembre* 1892 *et* 26 *juillet* 1935, *contient des dispositions de natures essentiellement diverses. Certaines de ces dispositions sont l'application ou la conséquence de lois qui, elles, ont été annulées ou abrogées expressément (ainsi en est-il de la loi du 7 octobre* 1940 *sur l'Ordre). Les dispositions de la loi du 26 mai* 1941 *sont donc implicitement annulées par l'annulation ou l'abrogation des lois auxquelles ces dispositions se réfèrent.*

c) *En conséquence, la loi du* 26 *juillet* 1935, *qui avait été modifiée par une de ces lois abrogées, reprend donc sa teneur ancienne.*

d) *Par contre, pour la loi de* 1892, *il faut tenir compte de toutes les modifications que lui a apportées la loi du* 26 *mai* 1941, *modifications qui n'ont pas fait l'objet de mesures d'abrogation ou d'annulation implicite.*

NOTE. — *L'art.* 4 *de l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943 *dispose en outre que :*

Cette autorisation, délivrée par le Préfet sur l'avis du Conseil de l'Ordre des Médecins du département est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

....

ETUDIANT NE REMPLISSANT PAS LES CONDITIONS LÉGALES. — AUTORISATION PRÉFECTORALE DE REMPLACEMENT. — NULLITÉ. — EXERCICE ILLÉGAL. — COMPLICITÉ.

L'étudiant non muni du nombre d'inscriptions prévu par la loi ne peut valablement remplacer un médecin, même s'il est muni de l'autorisation préfectorale. Cet arrêté est, en effet, frappé de nullité. (Conseil d'Etat, arrêt du 7 décembre 1917.)

Faute par le remplaçant d'être légalement habilité, le contrat est nul, et le remplaçant commet le délit d'exercice illégal de la médecine en soignant les clients du remplacé. (Paris, *20* novembre *1907.)*

Le médecin remplacé s'expose lui-même aux peines de complicité d'exercice illégal s'il engage sciemment un remplaçant légalement inapte à exercer la médecine. (Cour de Paris, 15 mars 1865.)

EXPIRATION DE L'AUTORISATION PRÉFECTORALE. — CONTINUATION DE L'EXERCICE PAR LE REMPLAÇANT. — EXERCICE ILLÉGAL.

Se rend coupable d'exercice illégal de la médecine l'étudiant remplaçant un docteur en médecine, qui continue à exercer après expiration de l'autorisation administrative. (Trib. corr. de Bourges.)

c) Diplômes d'Université

Décret du 21 *juillet* 1897
portant règlement pour le Conseil des Universités

ART. 15. — « En dehors des grades établis par l'Etat, les Universités peuvent instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique. Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux

AÉROCID Aérophagie
Aérocolie
CACHETS — COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche
Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle
Tréphones embryonnaires amino-acides
anciennement HEPASERUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé
Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)



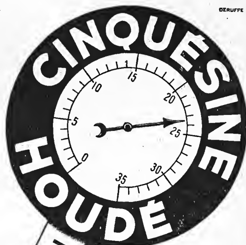
AU COURS
DES MALADIES INFECTIEUSES

PRESSYL

SOUTIENT
LE CŒUR ET LA PRESSION
(UNE INJECTION SOUS-CUTANÉE MATIN ET SOIR)

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

DERUFFE



HYPERTENSION

Association synergique
vaso-dilatatrice
et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET
D'HYDROCINCHONIDINE

ACTION RAPIDE :
sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE
sur la pression artérielle

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

SILÉNAN

809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE

SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ

Possède toutes les activités thérapeutiques du **sulfamide,** renforcées par la molécule **camphre soluble** qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.

ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT

Exalte au maximum la capacité
de défense de l'organisme

Comprimés: 2 Dosages: 0 gr. 50 ou 0 gr. 25
Poudre : Très soluble dans l'eau

Tableaux de Traitements sur demande

Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

grades par les lois et règlements et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades. Les études et les examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le Conseil de l'Université et soumis à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Les diplômes sont délivrés, au nom de l'Université, par le président du Conseil (de chaque Université), en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le Gouvernement. »

C'est en usant de cette prérogative que plusieurs Universités ont institué en particulier le diplôme de « docteur en pharmacie ». Ce sont, en suivant l'ordre des créations, les Universités de Paris, Montpellier, Bordeaux, Lille, Nancy et Lyon.

Chaque Université a fixé les conditions d'études et d'obtention de son diplôme, aux termes de règlements qui doivent être approuvés par l'autorité ministérielle.

Circulaire ministérielle du 6 juin 1902, sur la différence entre le diplôme d'Etat et le diplôme Universitaire.

L'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, a formulé l'obligation pour les docteurs en médecine de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, ainsi qu'au Greffe du Tribunal civil de l'arrondissement et l'affichage par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, d'une liste annuelle des praticiens ayant satisfait à cette obligation.

Ces dispositions ne prêtent à aucune ambiguïté. Mais à l'époque où la loi ci-dessus visée a été promulguée, il n'existait qu'un seul diplôme de docteur en médecine, le *grade d'Etat*. Or, depuis la mise en vigueur de la loi du 10 juillet 1896, relative à la constitution des Universités, un nouveau titre a été créé : le *doctorat universitaire mention médecine*.

Pour éviter toute confusion entre ces deux diplômes, j'ai l'honneur, sur la demande de M. le Ministre de l'Instruction publique, d'appeler votre attention sur les différences qui existent entre le *grade d'Etat* et le *titre universitaire*.

1° *Grade 'Etat*. — Le diplôme d'Etat conserve son caractère exclusivement national et professionnel ; il ouvre droit à l'exercice de la médecine en France. Les étrangers ne sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme qu'en justifiant des mêmes grades exigés des étudiants français. Il y a lieu de remarquer : 1° que ce diplôme est conféré au nom de la République ; 2° qu'il est signé, pour expédition conforme, par le directeur de l'Enseignement supérieur et revêtu du sceau du Ministère de l'Instruction publique ; 3° qu'il est délivré par le recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle se trouve la Faculté de médecine qui a fait subir les examens probatoires.

2° *Titre universitaire*. — Les étrangers sont admis à faire leurs études médicales dans les Universités françaises à la faveur d'une dispense de grade de bachelier ; mais, en application des dispositions d'une Circulaire en date du 21 juillet 1896, le diplôme qu'ils reçoivent à la fin du cours régulier des études (diplôme universitaire) ne leur confère pas le droit d'exercer la médecine en France. Le diplôme universitaire est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré par le président du Conseil de l'Université, sous le sceau et au nom de l'Université, et non par le Gouvernement. Les Français ne sont pas admis à postuler le titre universitaire, qui est exclusivement réservé aux étrangers.

Des deux diplômes ainsi différenciés, le *diplôme d'Etat* seul doit être enregistré à la préfecture ou sous-préfecture, en même temps qu'au Greffe du Tribunal civil de l'arrondissement par application des dispositions ci-dessus rappelées de la loi de 1892. Le *diplôme universitaire*, au contraire, ne conférant pas le droit d'exercer la médecine en France, ne doit, en aucun cas, faire l'objet de cet enregistrement.

d) Diplômes étrangers

Loi du 26 *juillet* 1935

Art. 1er. — ..... (*cf. page* 1).

Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer leur art pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la nationalité française. Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant, effectivement, la médecine dans ces pays.

Les autorisations seront données individuellement par décret.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes.

Pourront également exercer la médecine sur le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins sarrois détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine dans la Sarre et qui ont obtenu la nationalité française avant le 1er mars 1935.

Des autorisations pourront être accordées, individuellement, par le Gouvernement français, aux autres médecins sarrois qui se trouvent actuellement en France, et qui ont demandé leur naturalisation avant le 1er mars 1935.

Note. — *L'ordonnance du* 18 *octobre* 1943 *contient l'art.* 3 *ci-dessous :*

Art 3. — *Un décret fixera les conditions dans lesquelles :*

1° *Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste pourront postuler le diplôme d'Etat français ;*

2° *Les étudiants de nationalité étrangère pourront s'inscrire aux Facultés et Ecoles de médecine en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Français.*

....

Voici le texte de ce décret d'application qui, lui, a été publié dans la métropole et y est donc applicable.

Décret du 18 *octobre* 1943
relatif à l'exercice de la médecine
par les étrangers naturalisés français.

Art. 1er. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le diplôme d'Etat français devront :

1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français ;

2° Satisfaire à tous les examens. Ils pourront être dispensés de trois années de scolarité au maximum.

Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une université française et les étudiants en cours d'études pour le diplôme,

qui postuleront le diplôme d'Etat, seront astreints aux mêmes obligations.

Toutefois, la dispense de scolarité pourra être étendue pour eux à quatre années.

Art. 2. — Les étudiants de nationalité étrangère ne pourront s'inscrire aux facultés et écoles françaises métropolitaines de médecine, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat.

Il sera accordé aux étudiants étrangers ou naturalisés français, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

L'étudiant de nationalité étrangère ne pourra être inscrit dans une faculté ou école de médecine française en vue de l'obtention du diplôme d'université s'il ne possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une faculté de médecine de son pays d'origine.

Art. 3. — ....

Art. 4. — Pour s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste, tout étudiant étranger devra faire la preuve des titres initiaux exigés des étudiants français.

Quelle que soit la durée des études faites par lui à l'étranger, il ne pourra bénéficier d'aucune dispense de stage, de scolarité ou d'examen.

2° Citoyen ou sujet français

a) Les étrangers non naturalisés

En principe, nous l'avons vu, la qualité de citoyen français est exigée tant par la loi du 26 juillet 1935 que par l'ordonnance non publiée du 18 octobre 1943. Mais l'un comme l'autre de ces textes contiennent cependant des dispositions dérogatoires destinées à ne pas toucher aux situations acquises :

Loi du 26 juillet 1935

Art. 7. — ....

Les médecins étrangers autorisés à exercer leur profession en France avant la promulgation de la présente loi continueront à jouir de cette autorisation. Toutefois ils seront soumis aux dispositions de l'alinéa 4° (*relatif aux fonctions et emplois de médecine publique. V. ci-dessous*) à moins qu'ils ne soient déjà pourvus d'une fonction ou d'un emploi de médecine publique.

Note. — *Texte de l'art. 2 de l'ordonnance du 18 oct. 1943 :*

Art. 2. — *Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers exerçant leur profession en France à la date du 3 septembre 1939, sont autorisés à continuer la pratique de leur art.*

b) Les étrangers naturalisés

L'ordonnance du 18 octobre 1943 contient, dans son art. 3, les dispositions suivantes :

Un décret fixera :... 3° le délai au terme duquel les étrangers naturalisés pourront être autorisés à exercer la médecine en France.....

Note. — *Ce décret est d'ores et déjà publié et applicable. Cf. les dispositions initiales de ce décret page 3.*

Décret du 18 octobre 1943

....

Art. 5. — Tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine :

1° Pourra **immédiatement** exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif, s'il a servi dans l'armée française en qualité d'engagé volontaire au cours d'opérations militaires depuis 1914, ou s'il a été mobilisé au cours de la guerre actuelle ;

2° Pourra exercer la médecine seulement **après un délai égal à la durée du service militaire** qu'il n'aura pas accompli s'il a été exempté totalement des obligations militaires françaises par un conseil de révision ou partiellement par un conseil de réforme, ou si la loi de recrutement ne lui est pas applicable en raison de son sexe, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

3° Pourra exercer la médecine seulement **après un délai égal au double de la durée du service militaire** qu'il n'aura pas accompli si, en raison de son âge, il a été dispensé de la totalité ou d'une partie du temps légal du service militaire actif, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

4° Devra subir un **délai d'attente de cinq ans** après l'obtention du droit d'exercer pour remplir des fonctions ou emplois de médecine publique. Ce délai ne sera pas exigé des médecins qui auront servi comme engagés volontaires dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914.

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux chirurgiens dentistes.

c) Médecine frontalière

Décret du 25 juillet 1889

qui prescrit la promulgation de la convention conclue à Paris, le 29 mai 1889, entre la France et la Suisse

Art. 1er. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés suisses, établis dans les communes suisses limitrophes de la France, et qui, dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises. Réciproquement, les médecins, chirurgiens-accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires diplômés français, établis dans les communes françaises limitrophes de la Suisse et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes suisses.

Art. 2. — Les personnes qui, en vertu de l'art. 1er, exercent leur profession dans les communes limitrophes du pays voisin, n'ont pas le droit de s'y établir en permanence, ni d'y élire domicile. Elles seront tenues de se conformer aux mesures légales et administratives prévues dans ce pays.

ART. 3. — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs admis, en vertu de l'art. 1er, à exercer leur art dans les communes limitrophes du pays voisin et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des remèdes à leurs malades, n'auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays que s'il n'y réside aucun pharmacien. Les vétérinaires diplômés, admis à exercer leur profession dans la zone frontière, sont autorisés à vendre des médicaments dans les communes qu'ils visitent.

ART. 4. — Les personnes qui contreviendraient aux dispositions des art. 2 et 3 ci-dessus seraient, à la première contravention, privées pendant un an du bénéfice créé par l'art. 1er ; en cas de récidive, elles perdraient tout droit à ce bénéfice et seraient rayées de la liste établie conformément à l'art. 5 de la présente convention.

ART. 5. — Au mois de janvier de chaque année, le Gouvernement fédéral suisse fera tenir au Gouvernement français un état nominatif des médecins, chirurgiens - accoucheurs, sages - femmes et vétérinaires diplômés établis dans les communes suisses limitrophes de la France, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer. Un état semblable sera remis à la même époque par le Gouvernement français au Gouvernement fédéral suisse.

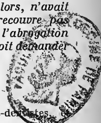
NOTE. — *Rappelons qu'une Convention analogue était intervenue entre la France et la Belgique, et avait été promulguée par décret en date du* 30 *décembre* 1910. *Les dispositions de cette Convention et de ce décret sont à quelques détails près calquées sur la Convention franco-suisse.*

NOTE. — *Les seules exigences légales actuelles pour l'exercice de la médecine, se limitent donc à la possession du diplôme d'Etat et de la nationalité française. Toutefois, les étrangers non naturalisés appartenant à une nation qui a passé avec la France des traités d'établissement sont assimilés aux Français.*

Sous l'empire de la loi du 22 *novembre* 1941 *et des lois sur l'Ordre des Médecins aujourd'hui abrogées, il fallait en outre être inscrit au tableau de l'Ordre.*

Nous tenons à rappeler à nos lecteurs que l'ordonnance du 18 *octobre* 1943, *non publiée dans la métropole, et dont nous les avons déjà entretenus, rétablit comme troisième condition à l'exercice régulier de la médecine en France, l'obligation d'être membre de l'Ordre des Médecins (cf. page* 1 *ci-dessus, l'art.* 1er, *par.* 3 *de ladite ordonnance ; cf. page* 15 *ci-dessous, les dispositions de ladite ordonnance instituant un nouvel Ordre des Médecins).*

Symptôme intéressant : dans l'avis émis sur un recours au Conseil d'Etat d'un Dr Beurekdjian, le ministre de la Santé estime que le médecin non inscrit au tableau, et qui, dès lors, n'avait pas jusqu'ici le droit d'exercer, ne recouvre pas de plein droit ce droit du fait de l'abrogation de la loi du 22 *novembre* 1941 ; *qu'il doit demander une nouvelle inscription.*



B) Formalités administratives

Loi du 30 *novembre* 1892
(*modifiée par la loi du* 26 *mai* 1941)

ART. 9 (modifié par les lois des 14 avril 1910 et 26 mai 1941).

Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer sans frais leurs titres à la préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et, s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

.... (1)

Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé... (1) à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui, n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

ART. 10. — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux Colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur.

....

ART. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 francs.

NOTE. — *Nous publions ci-dessous les dispositions de l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943 *relatives aux formalités administratives :*

ART. 5. — *Les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement.*

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux qui n'exerçant plus depuis plus de deux ans veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit, sous les peines édictées à l'art. 14 *ci-dessous d'exercer la médecine ou l'art dentaire sous un pseudonyme.*

ART. 6. — *Il est établi, chaque année, dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes des médecins et des praticiens*

(1) Les points de suspension remplacent les dispositions de la loi au 26 mai 1941 implicitement annulées ou abrogées.

ae l'art dentaire visés par la présente ordonnance, portant pour chacun d'eux les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme, la date d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins ou au tableau des Praticiens de l'art dentaire.

Cette dernière mention n'est pas portée pour les médecins du cadre actif du Service de santé des Armées de terre, de mer et de l'air.

Ces listes sont affichées chaque année, au mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux commissariats chargés des départements de l'Intérieur, de la Justice, de l'Education nationale et de la Santé publique.

La statistique du personnel exerçant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du Commissaire chargé de la Santé publique.

C) Exercice illégal

1° Texte légal

Loi du 30 *novembre* 1892
(*modifiée par la loi du* 26 *mai* 1941)

Art. 16 (modifié par les lois du 16 mars 1934 et du 26 mai 1941).

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

2° Toute personne qui, sans être munie du diplôme de docteur en médecine, ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'art. 4 de la présente loi ;

4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Art 17 (non modifié par la loi du 26 mai 1941).

Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, **les médecins, les chirurgiens - dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'art. 13, pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe,** donnée dans les termes de l'art. 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le Ministère public.

Art. 18 (modifié par la loi du 26 mai 1941). — Les délits visés à l'art. 16 de la présente loi sont punis, en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de trois mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas d'infraction commise dans les conditions définies au paragraphe 1er de l'art. 16 ci-dessus, le Tribunal ordonne que le jugement de condamnation soit publié intégralement ou par extraits dans trois journaux qu'il désignera et affiché pendant une durée qu'il déterminera et qui ne pourra excéder un mois, à la porte du domicile du délinquant, le tout aux frais de ce dernier.

En cas de suppression, de dissimulation ou de lacération totale ou partielle des affiches ordonnées par le jugement de condamnation, il sera procédé de nouveau à l'insertion intégrale des dispositions du jugement relatives à l'affichage.

Lorsque la suppression, la dissimulation ou la lacération totale ou partielle aura été opérée volontairement par le condamné, à son instigation ou par son ordre, elle entraînera contre celui-ci l'application d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de un à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

Note. — *Voici, à titre indicatif, les dispositions de l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943 *en la matière :*

Art. 9. — *Exercent illégalement la médecine :*

1. *Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou n'étant pas dans les conditions stipulées à l'art.* 4 *de la présente ordonnance, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales* (1).

2. *Toute personne non munie du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, ou du diplôme de sage-femme, qui se livre à la pratique des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés.*

3. *Tout docteur en médecine qui se livre aux activités définies aux paragraphes* 1er *et* 2 *ci-dessus, sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat ou le mandat de la France et muni du diplôme d'Etat français, ou sans appartenir à la catégorie des médecins étrangers visés à l'art.* 2 *de la présente ordonnance.*

(*Cf., page* 4 *ci-dessus.*)

4. *Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux alinéas précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance.*

5. *Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit à un tableau de l'Ordre des Médecins*

---

(1) *Il convient de souligner que dans cette définition de l'exercice illégal, telle qu'elle a été rédigée, à Alger, ne figure pas l'utilisation des rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique.*

institué conformément au titre II de ta présente ordonnance, ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à t'art. 39 ci-après.

(*Cf.*, *page* 17.)

Les dispositions des alinéas 1 et 2 du présent article ne peuvent s'appliquer aux étudiants en médecine qui agissent comme aide d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni à un garde-malade.

....

ART. 11. — *Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.*

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de ta médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens, les chirurgiens-dentistes, tes Ordres de Médecins visés au titre II pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'art. 182 du Code d'Instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'it y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentées par le ministère public.

ART. 12. — *Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 1.000 à 5.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de t'une ou l'autre de ces deux peines seulement.*

....

2° Jurisprudence

a) Personnes non titulaires du diplôme d'Etat ou de la qualité de citoyen français

MÉDECIN MUNI DU DIPLOME D'UNIVERSITÉ. — DROIT D'EXERCER (NON).

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine, l'étranger, qui, muni simplement du diplôme universitaire à lui conféré, a donné des soins à des malades. L'erreur qu'il a pu commettre quant à son droit ne saurait faire disparaître le délit, alors même qu'elle aurait été partagée par l'Administration préfectorale (Trib. corr. de Carcassonne, 26 décembre 1905.)

ETUDIANT EN MÉDECINE NON DIPLOMÉ. — EXERCICE SANS LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE D'UN MÉDECIN. — EXERCICE ILLÉGAL.

Pour que l'étudiant en médecine puisse prétendre à l'immunité que lui accorde l'art. 16 de la loi de 1892, il faut qu'il n'agisse que sous la surveillance et le contrôle d'un médecin, sous l'autorité effective duquel il demeure placé, qui seul a qualité pour ordonner la médication ou le traitement et dont lui-même ne fait qu'exécuter les prescriptions et suivre les directions. (Trib. corr. de Nantes, 2 janvier 1929. *C. M.*, 1929, 3558.)

PHARMACIEN. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — CONDAMNATION.

Le fait pour un pharmacien ou son élève de prescrire, sans ordonnance médicale, des médicaments à ses clients après les avoir visités pour se rendre compte de leurs affections, constitue le délit d'exercice illégal de la médecine. (Trib. corr. du Havre, 28 mars 1898, *C.M.*, 1898, 346.)

MÉDECIN ÉTRANGER NATURALISÉ. — INACCOMPLISSEMENT DU SERVICE MILITAIRE. — DÉLAI D'ATTENTE. — EXERCICE DE LA MÉDECINE AVEC LA COMPLICITÉ D'UN MÉDECIN FRANÇAIS. — EXERCICE ILLÉGAL.

Il résulte de la combinaison des dispositions de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 et de l'art. 7 de là loi du 26 juillet 1935, qu'exerce illégalement la médecine tout étranger, qui, ne remplissant pas les conditions prévues à cet article, prend part habituellement et par une direction suivie au traitement des maladies.

Il n'y aurait pas exercice illégal qu'au cas où l'étranger se bornerait à un simple rôle d'aide, c'est-à-dire d'agent d'exécution des prescriptions d'un docteur en médecine, et ne s'immiscerait pas dans la direction générale du traitement, réservé au docteur qui l'emploie. (Trib. corr. de Bar-le-Duc, 2 février 1938.)

b) Que faut-il entendre par « traitement » ?

DÉFINITION DU TRAITEMENT. — NATURE. — IMPOSITION DES MAINS. — EXERCICE ILLÉGAL (OUI).

Doit être déclaré « traitement » tout procédé quelconque, tout acte tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie ou de malaise.

Les termes impératifs et formels de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892 n'excluent de la qualification légale du délit d'exercice illégal de la médecine aucun mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel ou suivi, hors les cas d'urgence et exceptionnels.

Tel est bien le caractère de l'imposition des mains, sans qu'il y ait lieu de rechercher son degré d'efficacité, car cette pratique constitue une thérapeutique véritable, destinée qu'elle est à agir sur l'esprit des malades qui, du fluide qui leur serait ainsi dispensé, attendent la guérison ou le soulagement de leurs maux. (Cour de Paris, 11 mars 1935. *C.M.* 1935, 1619.)

CONDITIONS POUR QUE L'IMPOSITION DES MAINS, A CARACTÈRE RELIGIEUX, PUISSE ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine, le fait d'imposer les mains en déclarant agir comme simple intermédiaire de Dieu, sans porter de diagnostic et sans indiquer de traitement à suivre ou de remèdes à absorber. (Trib. corr. de Valenciennes, 12 nov. 1930.)

Le seul traitement interdit aux non-diplômés est le traitement médical, par opposition aux autres moyens curatifs.

Mais l'utilisation des ondes, radiations ou autres émanations du corps humain, pour une fin curative, a le caractère de traitement médical.

Doit donc être condamnée pour exercice illégal de la médecine, la guérisseuse non pourvue de diplôme, qui ne faisant aucune publicité, ne se targuant d'aucun pouvoir, ne prescrivant ni régime, ni médicament, se bornait, pour amener le soulagement et la guérison des malades, à apposer ses deux mains sur leur

corps non dévêtu, et qui, après une séance de vingt minutes, acceptait du patient un honoraire spontané.

... Alors du moins, qu'on se trouve en présence d'une utilisation naturelle des radiations du corps humain. (Trib. corr. d'Alençon, 28 novembre 1935.)

Imposition des mains. — Magnétisme. — Suggestions. — Exercice illégal (oui).

Le fait par une personne non diplômée de recevoir des malades et de se livrer sur eux en plusieurs séances successives à des pratiques d'imposition des mains, de magnétisme ou de suggestion, comportant l'émission d'un prétendu fluide, sous l'inspiration d'esprits mystérieux constitue la participation habituelle et par direction suivie au traitement des maladies, caractéristique du délit d'exercice illégal de la médecine.

Peu importe que le guérisseur fut assisté d'un docteur en médecine, si le rôle de ce dernier s'est borné à dépouiller la correspondance et à percevoir les honoraires. (Cass., Ch. criminelle, 20 juin 1929.)

Magnétisme. — Apposition des mains. — Exercice illégal de la médecine.

Le fait pour un non-diplômé d'intervenir dans le traitement des maladies par l'apposition des mains sur le corps malade, en invoquant un pouvoir surnaturel, et en recourant aux procédés de massages et de passes magnétiques constitue le délit d'exercice illégal de la médecine (Cass. Chambre criminelle, 17 Octobre 1936.)

Constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, les pratiques d'un individu, non docteur en médecine, qui reçoit de nombreux malades, les examine en procédant par des embrassements, des contacts de nature diverse, des impositions de mains, établit des diagnostics, prescrit des traitements, notamment l'absorption d'une « eau fluidifiée » par des procédés dont le caractère fantaisiste se perd dans une apparence d'appel à l'au-delà mystérieux. (Trib. corr. Seine, 17 juin 1937.)

Si le législateur n'a pas voulu réserver aux médecins les expériences de magnétisme et d'hypnotisme, c'est à la condition que les profanes restent dans le domaine des expériences purement scientifiques et ne se servent pas du magnétisme et de l'hypnotisme pour exercer la profession de guérir ; en conséquence, exerce illégalement la médecine, l'individu qui donne ses soins aux malades venus le consulter, soit par imposition des mains, soit en appliquant sur les plaies du coton imbibé d'huile d'olive qu'il déclarait avoir magnétisé, soit en leur faisant absorber de l'eau également magnétisée ; en effet, le traitement médical ne consiste pas uniquement dans l'usage des produits pharmaceutiques ou autres, mais en des moyens moraux, parmi lesquels rentre le magnétisme. (Trib. corr. de La Rochelle, 29 juin 1937.)

Rebouteux. — Masseurs. — Exercice illégal.

Le sens du mot « traitement » est général et s'entend de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de maladie. Ce sens ne saurait être arbitrairement restreint à la prescription de médicaments ou à la pratique d'opérations chirurgicales proprement dites.

Doit donc être considéré comme exerçant illégalement la médecine, le non-diplômé qui dirige, d'une manière suivie, le traitement d'affections chirurgicales, telles que fracture de jambe ou luxation d'épaule en redressant à sa manière les fractures et en faisant des massages. (Cour de Paris, 16 mai 1900. *C.M.*, 1900, 332.)

Masseurs. — Intervention dans le traitement des malades. — Absence de direction ou de surveillance par un diplomé. — Exercice illégal.

Commet le délit d'exercice illégal de la médecine le masseur qui ne se borne pas à de simples massages, à de simples pressions sur la peau, selon les indications qui doivent lui en être données par le médecin traitant, mais qui examine lui-même le malade, diagnostique son état, essaye de réduire une fracture, et prescrit le traitement. (Cour de Dijon, 9 mai 1928.)

Pédicures. — Role auquel doit se borner leur action.

Les pédicures doivent borner leurs soins aux affections qui intéressent seulement l'épiderme, mais ils ne doivent pas se livrer à l'extirpation des verrues ou poireaux, ces affections intéressent le derme. (Trib. corr. de la Seine, 12 mars 1926.)

Rayons ultra-violets. — Usage par un non-diplomé.

Il est incontestable que l'usage des rayons ultra-violets constitue un procédé de guérison. Un non-diplômé ne peut en faire usage qu'à une double condition : d'abord que les malades aient été examinés par un docteur en médecine, seul compétent, pour apprécier l'état général de celui qui réclame les soins, et ensuite que le médecin ait surveillé à plusieurs reprises, pendant le traitement, l'état des malades afin de constater les résultats obtenus. (Trib. corr. de la Seine, 22 décembre 1927.)

Exercice illégal de la médecine. — Opticien. — Skiascopie.

Commet un acte d'exercice illégal de la médecine l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie pour procéder à l'examen des yeux de ses clients, et il importe peu qu'il ait ensuite laissé à ceux-ci le choix des verres à acheter si ce choix leur a été inspiré par les résultats de l'examen auquel ils avaient été soumis. (Cour de cassation, Ch. crim., 1er juillet 1937.)

Note. — *Par un arrêt antérieur du* 4 *décembre* 1925 (Gaz. Pal., 1926-1-123), *la Chambre criminelle a déjà décidé que, pour vendre à leurs clients*

des verres appropriés à leur vue, les opticiens non pourvus du diplôme de docteur en médecine, n'ont pas le droit de recourir à l'examen appelé « skiascopie » ; et que le recours habituel à cette méthode constitue l'exercice illégal de la médecine. V. Dijon, 2 juillet 1935 (Gaz. Pal., 1936-1-79 *sous note*).

c) Intervention habituelle et suivie Cas d'urgence

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR HABITUDE ET CAS D'URGENCE.

Les soins donnés d'urgence ne le sont que dans des cas imprévus, accidentels et ne peuvent s'appliquer à des cas assez géminés et rapprochés les uns des autres pour constituer une véritable habitude, voire une sorte de métier. (Trib. corr. de Mayenne, 8 juillet 1908.)

Le délit d'exercice illégal de la médecine est un délit d'habitude, mais la condition est réalisée par « une direction suivie », c'est-à-dire par des prescriptions consécutives de soins médicaux à une ou plusieurs personnes. (Trib. corr. de Bar-le-Duc, 2 février 1938.)

d) Escroquerie

ESPOIR DE GUÉRISON DONNÉ A UN MALADE. — MANŒUVRES FRAUDULEUSES. — ESCROQUERIE.

Se rend coupable d'une manœuvre frauduleuse, au sens de l'art. 405 du Code pénal, celui qui donne l'assurance à une mère qu'il guérira son fils alors très gravement malade, et, pour mieux parvenir à se faire payer les neuvaines dites en vue de ce résultat, lui fait remettre une enveloppe cachetée contenant des litanies, en prescrivant de la mettre sous le dos du malade. (Cour de cassation, Ch. crim., 28 décembre 1934.)

TRAITEMENT PAR SYMPATHICOTHÉRAPIE. — ESCROQUERIE EN SOI (NON). — SOINS SOUS DE FAUX NOMS. — HONORAIRES ÉLEVÉS. — ESCROQUERIE (OUI). — PRÉJUDICE AU CORPS MÉDICAL. — DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

La méthode sympathicothérapique ne constitue pas une entreprise imaginaire et une Cour n'a pas à en apprécier le mérite.

Mais, en prenant par publicité, affiches, ordonnances, etc., le faux nom de V., auteur de cette méthode, et en se faisant verser ainsi des honoraires élevés par la clientèle, ses assistants commettent le délit d'escroquerie. Il en est de même du sieur V. co-auteur du délit comme animateur et principal bénéficiaire.

Le Corps médical des localités où l'infraction s'est produite ayant subi de son fait un discrédit et un préjudice moral certain, est fondé à réclamer, en la personne de son syndicat, une somme de 5.000 francs à titre de dommages et intérêts. (Cour de Paris, 12 décembre 1938.)

D) *Autres délits*

1° Usurpation du titre de docteur en médecine

Code pénal

ART. 259 (*loi du* 28 *mai* 1858). — Toute personne qui aura publiquement porté un costume, un uniforme ou une décoration qui ne lui appartiendrait pas, sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans.

(*Loi du* 26 *mars* 1924). — Sera puni des mêmes peines quiconque aura fait usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée sans remplir les conditions exigées pour le porter.

Loi du 30 *novembre* 1892

....

ART. 19 (modifié par la loi du 26 juin 1941). — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de dentiste, est puni d'une amende de 3.000 à 6.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à deux ans ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 20. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. Il sera puni d'une amende de 100 à 200 francs.

....

DROIT POUR LE TITULAIRE D'UN DIPLOME DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ DE S'APPELER « DOCTEUR X ».

3.053. — M. Georges LÉVY demande à M. le Ministre de l'Education nationale : 1° si un étranger, qui a obtenu en France le diplôme d'Université, mention médecine peut se qualifier du vocable Docteur X..., comme le font les docteurs en médecine de l'Etat français ; 2° si un pharmacien, titulaire du diplôme d'Université de Docteur en pharmacie, peut s'intituler « Docteur X..., docteur en pharmacie » laissant ainsi croire, suivant l'usage en France, qu'il est à la fois docteur en médecine et docteur en pharmacie. (*Question du* 25 *mars* 1937.)

Réponse. — Aucune disposition législative ou réglementaire n'interdit aux titulaires d'un diplôme de docteur d'Université, mention « médecine » ou mention « pharmacie » de faire précéder leur nom patronymique du titre de docteur. (*J.O.*, 23 avril 1937.)

TITRE DE « DOCTEUR » SANS AUTRE PRÉCISION. — DÉSIGNATION HABITUELLE DES « DOCTEURS EN MÉDECINE ». — APPLICATION DE L'ART. 259 DU CODE PÉNAL.

Le titre universitaire de docteur conféré par les Facultés françaises suit habituellement le nom du titulaire. Il n'y a dans nos usages qu'une exception en faveur des docteurs en médecine, qui sont appelés couramment « doc-

teur », titre qui précède leur nom. Cet emploi est fait par le législateur lui-même, dans le sens de médecin diplômé. Ce titre se confond donc avec la profession de docteur en médecine et s'y trouve attaché, sans qu'il soit nécessaire de spécifier la spécialité à laquelle se réfère le diplôme de docteur.

Par conséquent, le fait pour un docteur en pharmacie de se faire appeler Docteur X..., sans être muni du diplôme de docteur en médecine, constitue l'usurpation du titre de docteur en médecine, et tombe sous le coup de l'art. 259 du Code pénal. (Trib. corr. de Nancy, 22 avril 1937.)

Il est constant et établi sans contestation qu'en France le vocable de « docteur » est réservé aux seuls docteurs en médecine. Il est évident que le législateur a montré cette volonté, notamment dans le texte de la loi du 31 juillet 1923 sur la médecine vétérinaire, ainsi que dans la rédaction de la loi du 30 novembre 1892.

Le fait de délivrer une ordonnance avec en-tête ; « Polyclinique du Docteur X... », expression ou formule qu'emploieraient tous les docteurs en médecine, qui ne font jamais précéder leur nom que du titre de docteur et non pas du titre de docteur en médecine, constitue bien le délit d'usurpation de titre. (Cour de Paris, 13e Chambre, 12 juillet 1937.)

Diplome de docteur de l'Université de Paris. — Usurpation de titre. — Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris, délivré par le Président du Conseil de l'Université, en application de l'art. 13, du décret du 21 juillet 1897, est d'ordre exclusivement scientifique et ne confère aucun des droits et privilèges qui sont attachés au diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Paris, notamment le droit d'exercer la profession de médecin en France.

Tombe donc sous le coup de l'art. 259 du Code pénal le sujet étranger qui, pourvu du diplôme de docteur en médecine délivré par l'Université de Paris, fait usage d'un papier à lettre portant, imprimé en tête, la mention : « Docteur X..., de la Faculté de médecine de *Paris* ». (Cass. *crim.*, 22 décembre 1937.)

2° Exercice sous pseudonyme

Loi du 30 *novembre* 1892
complétée par la loi du 26 *mai* 1941

Art. 14 *bis* (ajouté par la loi du 26 mai 1941).

Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements **sous un pseudonyme.**

Les médecins, dentistes et sages-femmes ayant le droit d'exercer en France ne peuvent donner des **consultations gratuites dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux** où sont vendus les médicaments et les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Les infractions aux dispositions du présent article sont punies des peines prévues à l'article 18 (alinéas 1er et 5) ci-après.

Note. — *Texte de l'ordonnance du* 18 *octobre* 1943.

Art. 5. — *Il est interdit, sous les peines édictées à l'article 14 ci-dessous, d'exercer la médecine ou l'art dentaire sous un pseudonyme.*

E) Législation exceptionnelle du temps de guerre

a) Dispositions générales.

Décret-loi du 11 *septembre* 1939
relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre.

Art. 1er. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'art. 1er de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins, de nationalité française, ou ressortissants français, sont à la disposition du ministre de la Santé publique pour les besoins de la population civile et tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession, ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins, chargés des soins à la population civile hospitalisée ou non, sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent, notamment, à recevoir les honoraires de la clientèle, ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

S'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile, ils ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacations, dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des Finances.

Exceptionnellement, les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début des médecins de sanatoriums publics. S'ils remplacent un médecin fonctionnaire, ils bénéficient du traitement de début et, éventuellement, des indemnités attachées à la fonction.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'art. 1er, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres, régulièrement autorisés à exercer leur profession en France, en application de la loi du 26 juillet 1935, qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'art. 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du Préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins visés à l'art. 1er ci-dessus doivent, en temps de paix, notifier immédiatement tout changement de domicile à la Préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 6. — Pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent, est applicable le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions.

Art. 7. — **Les médecins déplacés par**



ordre, dans les conditions de l'art. 1er, *in fine*, ne pourront, pendant un délai de cinq ans, à compter de la date de la cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 km. autour de cette localité.

ART. 8. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'art. 31 de la loi du 11 juillet 1938.

b) Dispositions relatives à l'utilisation des médecins étrangers en temps de guerre

Décret du 15 *mai* 1940

ART. 1er. — Pendant la durée des hostilités et jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement par décret, l'autorisation d'exercer la médecine pourra, à titre exceptionnel, être accordée par le ministre de la Santé publique, après avis de la Commission visée à l'art. 4 du présent décret, aux médecins français ou étrangers titulaires d'un diplôme français de docteur en médecine, diplôme d'Etat ou d'Université, que les dispositions en vigueur n'autorisent pas actuellement à exercer.

Cette autorisation peut être accordée dans les mêmes conditions, aux praticiens de toutes nationalités, titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, possédant des titres spéciaux ou ayant rendu des services exceptionnels à la France.

Les autorisations dont il s'agit sont essentiellement révocables ; la révocation en est prononcée dans les mêmes formes que leur délivrance.

ART. 2. — Les médecins, ressortissants de pays alliés, sont habilités à donner des soins à leurs compatriotes dans les lieux d'accueil. Ils peuvent, en outre, être autorisés, dans les conditions prévues par l'article précédent, à soigner l'ensemble de la population.

ART. 3. — Les médecins, bénéficiant des autorisations visées par les articles précédents, devront contracter l'engagement prévu par l'art. 19 de la loi du 11 juillet 1938 ; ils ne pourront exercer que dans les circonscriptions où les soins de la population ne peuvent être assurés par des médecins français et qui leur auront été désignés par le ministre de la Santé publique.

ART. 4. — La Commission, prévue à l'art. 1er, est composée comme suit :

Un membre de l'Académie de médecine désigné par le ministre de la Santé publique, président ;

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

Un représentant du ministre des Affaires étrangères ;

Un représentant du ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction de la Défense passive) ;

Un représentant du ministre de l'Intérieur (direction générale de la Sûreté nationale) ;

Le directeur du Cabinet du ministre de la Santé publique ou son représentant ;

Le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique ;

Un inspecteur général technique du Ministère de la Santé publique ;

Le fonctionnaire chargé du service de la Défense nationale au Ministère de la Santé publique ;

Le secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français ;

Le chef du bureau chargé de l'application de la législation sur l'exercice de la médecine au Ministère de la Santé publique, secrétaire.

c) Dispositions relatives à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité

Loi du 28 *août* 1942
validée par l'ordonnance du 22 *août* 1944

ART. 1er (*modifié*). — Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi, les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins douze mois à partir du 2 septembre 1939.

ART. 2. — Aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin retenu en captivité, si ce n'est à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

ART. 3 (*modifié*). — Dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, moins de cinq médecins, le Syndicat départemental pourra déterminer, autour du lieu d'exercice de chaque médecin retenu en captivité une circonscription réservée, à l'intérieur de laquelle il sera interdit de créer un cabinet médical, si ce n'est dans les conditions de l'art. 4.

Les limites de cette circonscription seront déterminées par le syndicat départemental. *Elles ne pourront toutefois excéder un rayon de 15 km.*

La décision du syndicat départemental devra être approuvée par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

ART. 4. — A dater de la publication de la présente loi, les médecins ne pourront s'installer dans les circonscriptions réservées qu'à titre de remplaçants et à charge pour eux de quitter la circonscription lors du retour du médecin retenu en captivité.

ART. 5 (*modifié*). — Nul ne pourra s'installer dans une circonscription réservée dans les cinq années qui suivront le retour du médecin retenu en captivité, sauf en cas de départ ou de décès de celui-ci ; un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé pris sur proposition du Syndicat départemental des médecins pourra toutefois, à titre exceptionnel, autoriser l'installation d'un médecin à titre définitif.

ART. 6 (*annulé*).

ART. 7. — Dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, cinq médecins ou plus, le Conseil départemental de l'Ordre invitera les médecins titulaires de plusieurs emplois publics ou privés rémunérés et ayant, en outre, une clientèle à se démettre d'un ou plusieurs de ces emplois en faveur des médecins qui, ayant antérieurement exercé dans lesdites villes, y reviendraient après avoir été retenus en captivité.

Ceux de ces emplois, devenus vacants, seront également réservés aux médecins retenus en captivité, sauf à en faire assurer l'intérim.

Ordonnance du 22 *août* 1944

ART. 5. — Les effets résultant de l'application antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance des art. 1er à 9 de l'acte dit « loi du 28 août 1942 » et des art. 1er et 2 de l'acte dit « loi du 24 septembre 1942 » visés à l'article 1er sont validés.

II. L'organisation de la profession

A) Suppression de l'Ordre fondé sur la loi du 10 septembre 1942

Décret du 18 octobre 1943
portant suppression de l'Ordre des médecins

ART. 1er. — Sont abrogés les textes dits lois du 7 octobre 1940, du 2 avril 1941 et du 10 septembre 1942 sur l'Ordre des médecins, ainsi que les dispositions qui ont modifié ces textes ou les ont appliqués aux territoires relevant du Comité français de la libération nationale.

ART. 2. — Les archives et tous documents des Ordres de médecins ayant existé sur les territoires relevant du Comité français de la libération nationale seront remis au Commissariat à l'Education nationale et à la Santé publique.

Les présidents des Conseils de l'Ordre sont responsables de cette transmission, chacun pour ce qui concerne les archives et documents du Conseil qu'il présidait.

ART. 3. — Les biens, appartenant aux Conseils de l'Ordre, seront mis sous séquestre, à la diligence des Procureurs de la République près les tribunaux dans le ressort desquels les Conseils avaient leur siège.

B) Reconstitution des syndicats

1° Dispositions communes à toutes les professions

Ordonnance du 27 juillet 1944
relative au rétablissement de la liberté syndicale

ART. 1er. — Sont et demeurent nuls l'acte dit « loi du 4 octobre 1941 relative à l'organisation sociale des professions », et les textes modificatifs, complémentaires et d'application dudit acte.

Sont, d'autre part, abrogés les articles 1er à 8 de la loi du 15 août 1940 concernant l'organisation provisoire de la production industrielle.

ART. 2. — Le régime des syndicats professionnels est fixé par les dispositions du Livre III Titre 1er du Code du travail, sous réserve de l'application provisoire des dispositions ci-après........ *(qui ont toutes trait à la reconstitution des anciens syndicats).*

NOTE. — *De ce texte qui, ainsi que son nom l'indique, rétablit la liberté syndicale, résultent deux conséquences distinctes :*

a) *Les anciennes organisations syndicales n'ont jamais cessé d'exister puisque la Charte du Travail qui les avait dissoutes a été réputée nulle (mais leur reconstitution est sujette à diverses conditions).*

b) *Les nouveaux syndicats peuvent se constituer librement puisque cette ordonnance renvoie au Livre III Art. 1er du Code du Travail, dont le chapitre 1er dans son article 2 dispose que :* « **les syndicats ou associations... peuvent se constituer librement** ».

Les médecins, comme tous citoyens, peuvent donc, dès maintenant, en vertu de *ce texte général, constituer* de nouveaux syndicats.

2° Dispositions spéciales à la profession médicale

Rappelons que le décret du 18 octobre 1943 que l'on vient de lire ci-dessus ayant abrogé les lois des 7 octobre 1940 et 11 septembre 1942, **les syndicats médicaux qui avaient fait l'objet de mesures spéciales de dissolution dans ces lois, peuvent reprendre vie.** *D'autre part, du fait également de l'abrogation de ces lois, le* **droit de se grouper en syndicats,** *qui avait été, par elles,* **spécialement retiré aux médecins,** *leur est* **aujourd'hui rendu.**

D'où nous tirons cette conclusion que, même si, ce qui est contestable également, les anciennes organisations syndicales médicales ne peuvent reprendre immédiatement leur activité, **en vertu des lois spéciales à leur profession, les médecins peuvent constituer de nouveaux syndicats.** *Par ailleurs, les associations qui avaient été constituées avec les autorisations prévues par les lois ci-dessus, pour tenir lieu, dans toute la mesure du possible, des syndicats dissous, sont habilités à se transformer en syndicats.*

Ceci dit, nous publions ci-dessous, pour l'information de nos lecteurs, le texte d'une ordonnance qui aurait été publiée à Alger, mais qui, réplique de l'ordonnance du 18 octobre 1843 déjà citée, n'ayant pas été publiée en France n'y est certainement pas applicable.

Nos lecteurs pourront ainsi se rendre compte des possibilités immédiates qu'offrirait à l'organisation de leur profession la législation publiée à Alger, et dont on peut regretter, pour la clarté des situations juridiques et pour l'apaisement des esprits, qu'elle ne soit pas l'objet d'une publication et d'une mise en application rapide.

ORDONNANCE DU 27 AOUT 1944
RELATIVE AU RÉTABLISSEMENT DES SYNDICATS DE MÉDECINS, DE PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE, DE PHARMACIENS ET DE SAGES-FEMMES

(Cette ordonnance n'est pas applicable dans la métropole ; si elle y est promulguée postérieurement, elle n'aura pas la date du 27 août 1944).

Vu le titre I du livre III du Code du travail ;
Vu l'ordonnance du 27 juillet 1944 relative au rétablissement de la **liberté syndicale** ;

ART. 1er. — Le régime des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes est fixé par les dispositions du livre III, titre Ier du Code du travail sous réserve de l'application des dispositions provisoires ci-après :

ART. 2. — Ne pourront faire partie du bureau ou des organismes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire de pharmaciens et de sages-femmes sous quelque forme que leur désignation ait lieu, les personnes qui ont fait l'objet :

— Soit d'une condamnation en vertu de l'Ordonnance du 16 juin 1944 relative à la répression des faits de collaboration ;

— Soit d'une sanction disciplinaire ou d'une mesure administrative prononcée en application de l'ordonnance du 27 juin 1944 relative à l'épuration administrative sur le territoire de la France métropolitaine ;

— Soit d'une déclaration d'état d'indignité nationale, en application de l'Ordonnance du 26 août 1944 instituant l'indignité nationale.

ART. 3. — Jusqu'au renouvellement, par des assemblées générales, des bureaux et organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, les commissions de reconstitution syndicale prévues dans la présente ordonnance pourront prononcer la **déchéance ou l'interdiction du droit de faire partie** de ces bureaux et organismes directeurs ou des commissions provisoires de gestion contre toute personne :

1° Qui aura coopéré à la destruction des libertés républicaines et notamment de la liberté syndicale ;

2° Qui aura coopéré à la déportation des travailleurs français sans chercher à atténuer les ordres reçus ;

3° Qui aura refusé de donner des soins aux malades ou blessés des Forces Françaises de l'Intérieur et des Organisations de Résistance ou les aura dénoncés aux autorités ennemies ou à celles du prétendu Gouvernement de Vichy.

ART. 4. — Les **syndicats, unions et fédérations** de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes existant au 16 juin 1940 et dissous par l'autorité de fait se disant Gouvernement de l'État français, sont **rétablis dans les droits et attributions** qu'ils possédaient à la date de leur dissolution.

ART. 5. — Sous réserve des dispositions des art. 2 et 3 ci-dessus, **les membres des bureaux** et organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes en exercice au 16 juin 1940 **sont également rétablis dans leurs fonctions et mandats.**

Toutefois, les bureaux et autres organismes directeurs de syndicats, unions et fédérations des syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes ne pourront reprendre leur activité que **sur décision d'une des commissions départementales ou des commissions nationales de reconstitution** instituées par la présente ordonnance.

Syndicats des médecins

ART. 6. — En vue d'assurer la reconstitution rapide des organisations syndicales de médecins, il est institué :

1° Une **Commission nationale de reconstitution** des organisations syndicales de médecins, pour les organisations à caractère national ;

2° Des **Commissions départementales de reconstitution** des organisations syndicales de médecins pour les organisations à caractère départemental ou local.

ART. 7. — La Commission nationale de reconstitution des organisations syndicales de médecins est composée d'un haut magistrat et de six membres **nommés par décret** rendu sur proposition du Commissaire aux Affaires sociales.

ART. 8. — Chaque Commission départementale de reconstitution des organisations de médecins est composée d'un magistrat, président, et de six médecins **nommés par arrêté** du Commissaire aux Affaires sociales sur proposition du Préfet.

ART. 9. — La Commission nationale et les Commissions départementales de reconstitution sont chargées dans la limite de leur compétence :

1° De l'application des dispositions de l'art. 3 ci-dessus.

2° De la **constitution des Commissions provisoires de gestion** prévues ci-après.

ART. 10. — Les décisions des Commissions départementales de reconstitution relatives à la déchéance des membres des bureaux et organismes directeurt ou à la désignation des membres des Commissions provisoires de gestion peuvent faire l'objet par tous intéressé d'un recours devant la Commission nationale de reconstitution pour violation des dispositions de l'art. 4 ci-dessus.

Ce recours doit être formé dans les quinze jours de la désignation ou de la notification de la déchéance aux intéressés.

Les décisions de la Commission nationale de reconstitution relatives aux mêmes objets, rendues soit en premier ressort, soit sur recours formé contre une décision d'une Commission départementale sont définitives.

Le recours, formé contre une décision d'une Commission départementale, n'est pas suspensif de l'exécution provisoire de cette décision.

ART. 11. — Lorsque les **vacances**, au sein du bureau ou de l'organisme directeur d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats par suite de décès, démission ou déchéance, sont **supérieures à la moitié du nombre de ses membres**, une **Commission provisoire de gestion** est substituée à ce bureau ou à cet organisme directeur jusqu'à ce que la reconstitution de l'organisme intéressé permette son fonctionnement normal.

Si les circonstances l'exigent, le Commissaire aux Affaires sociales après avis de la Commission de reconstitution départementale ou nationale compétente peut dissoudre le bureau ou autres organes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats.

ART. 12. — Les Commissions provisoires de gestion d'une organisation syndicale à caractère départemental ou local sont composées

de trois membres désignés par la Commission départementale de reconstitution et nommés par arrêté du Commissaire régional de la République.

Les Commissions provisoires de gestion d'une organisation syndicale à caractère national sont composées de trois membres désignés par la Commission nationale de reconstitution et nommés par arrêté du Commissaire aux Affaires sociales.

Les fonctions de membre d'une Commission provisoire de gestion sont incompatibles avec celles de membre d'une Commission de reconstitution.

ART. 13. — La Commission provisoire de gestion assure la défense des intérêts matériels de l'organisation syndicale et la gestion de ses biens.

Elle prend toutes mesures en vue de la reconstitution normale de cette organisation et **notamment procède aussitôt que possible à la réunion de l'Assemblée générale.**

. . . .

Restitution des biens

ART. 17. — Les biens, qui appartenaient avant leur dissolution aux syndicats, union ou fédération des syndicats de médecins ou de pharmaciens, leur seront rendus, selon les modalités prévues par le décret du 25 janvier 1944, complétant le décret du 18 octobre 1943 portant suppression de l'Ordre des médecins. (Cf. *ci-dessous.*)

Dispositions diverses

ART. 19. — Sera punie d'une amende de 1.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à cinq ans, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui, en violation d'une décision de déchéance devenue définitive prononcée contre elle par une Commission de reconstitution, continuerait de participer à l'activité d'un bureau ou d'un organisme directeur d'une organisation syndicale de médecins.

. . . .

ART. 20. — Toute personne, appelée à déposer comme témoin devant une Commission, est tenue de déférer à la citation qui lui est signifiée par un huissier ou par un agent de la force publique, à la requête du Président de la Commission.

Le défaut de comparution sans excuse légitime sera puni d'une amende de 1.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement, à la requête du Ministère public sur procès-verbal dressé par le Président de la Commission.

Le témoin défaillant pourra, en outre, faire l'objet d'un mandat d'amener délivré par le Procureur de la République sur réquisition de la Commission.

Le refus de prestation de serment d'un témoin sera puni des mêmes peines que celles prévues pour le défaut de comparution et poursuivi dans les mêmes conditions.

Le faux témoignage sera puni des peines prévues à l'art. 362, alinéa 1er, du Code pénal.

. . . .

Décret du 25 janvier 1944
complétant le décret du 18 octobre 1943
portant suppression de l'Ordre des médecins.

ART. 1er. — Les syndicats des médecins reconstitués pourront, dans un délai de six mois, à compter de la mise sous séquestre prescrite par l'art. 3 du décret du 18 octobre 1943, prélever dans les biens mis sous séquestre ceux qui, leur appartenant, avaient été transférés aux Conseils de l'Ordre des médecins en application de l'acte dit « loi du 7 octobre 1940 ».

Ce prélèvement sera effectué sans frais. Les biens existant encore en nature seront restitués sous réserve du droit, pour les syndicats de réclamer des dommages-intérêts à raison de leurs détériorations éventuelles. Pour les biens qui ne se retrouveront pas en nature, le prélèvement sera de leur valeur appréciée au jour de la mise sous séquestre susvisée.

Le surplus des biens placés sous séquestre sera transféré aux nouveaux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins institué par l'Ordonnance du 18 octobre 1943.

ART. 2. — Au cas où des biens, appartenant aux syndicats des médecins, auraient été transférés par les Conseils de l'Ordre à des organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite en vertu de l'acte dit « arrêté du 22 mars 1941 », le syndicat dessaisi pourra exiger : soit la restitution en nature des biens dont il s'agit, sans préjudice de tous les dédommagements pour les détériorations que ces biens auraient pu subir dans l'intervalle ; soit une indemnité représentative de la valeur de ces biens appréciée au jour de la mise sous séquestre.

NOTE. — *Ce texte a été publié au* Journal Officiel *et est par conséquent applicable sur le territoire métropolitain. Mais, cousin de l'ordonnance du* 15 mars 1944 *que nous publions plus loin (page* 18) *il présuppose la reconstitution des syndicats impossible tant que l'ordonnance du* 27 *août* 1944 *ci-dessus n'aura pas été publiée et appliquée.*

A ce sujet nous sommes heureux de publier ci-dessous le texte d'une circulaire ministérielle en date du 24 *octobre* 1944 *qui précise la position du ministre à l'égard de la réorganisation des syndicats médicaux, de la résurgence d'un nouvel Ordre des Médecins et de la mission précise des Comités médicaux de la Libération.*

Circulaire ministérielle du 24 *octobre* 1944
sur la réorganisation des syndicats médicaux des médecins et des Conseils de l'Ordre et sur leurs rapports avec les Comités de la Libération.

1° La réorganisation des syndicats médicaux est en cours. Aucune mesure ne doit être prise pour la reconstitution, la réunion et le fonctionnements des syndicats médicaux avant la parution de cette ordonnance. *(Il s'agit de l'ordonnance appliquant en France les dispositions de l'ordonnance du* 27 *août* 1944 *d'Alger dont nous donnons ci-dessus la teneur. Aux dernières nouvelles, cette publication serait très prochaine).*

2° Par décret du 18 octobre 1943 les Conseils de l'Ordre ont été dissous.

A la demande de l'immense majorité des médecins, je prépare un nouveau texte prévoyant un nouvel Ordre des médecins s'occupant de l'honneur et de la moralité professionnelle. Aucune mesure ne peut être prise pour la réunion et la reconstitution des Ordres de médecins actuellement.

3° Pendant l'occupation allemande se sont constitués des Conseils médicaux de la Résistance, qui sont devenus les Comités médicaux de la Libération.

Ces Comités doivent travailler en liaison étroite avec les Comités départementaux de la Libération. Ils doivent être consultés sur les questions d'hygiène et de la protection de la santé. Il doit être tenu compte de leurs propositions et suggestions pour les solutions éventuelles de ces questions.

Signé : Billoux.

Le second texte en préparation visé dans cette circulaire est une ordonnance dont la parution est annoncée comme imminente depuis plusieurs semaines. La circulaire nous laisse deviner que la version initiale a dû être sérieusement remaniée. D'après nos informations, en effet, elle n'avait primitivement pour objet que de légaliser la situation de fait des Comités médicaux de la Résistance. Voici brièvement le schéma de l'organisation projetée :

Au sommet, comme animateur de l'ensemble, se trouve le Comité Médical de la Résistance. Ce Comité apparaît avant tout comme le lien réunissant la profession au régime nouveau, comme aussi un réservoir d'hommes politiquement sûrs et dévoués. Il n'intervient pas directement dans la vie professionnelle, mais nomme par cooptation, soit en son sein, soit hors de son sein les membres du Conseil National et du Conseil de Famille National qui se substituent avec des attributions analogues à l'ancien Conseil du même nom, et à la Chambre de discipline de l'ancien Ordre de Vichy.

Sur le plan départemental, nous rencontrons de même un organisme politique : le Comité Médical Départemental. Ce Comité a pour rôle essentiel de nommer un Conseil Départemental des Médecins (en place de l'ancien Conseil Collégial et avec la même attribution) et un Conseil de Famille, image réduite à l'échelle départementale de l'ancien Conseil Régional de l'Ordre. Ce Conseil, à caractère juridictionnel, est investi d'une double mission d'épuration : épuration civique tout d'abord, fondée sur les lois relatives à l'indignité nationale ; épuration professionnelle en second lieu afin d'éliminer du tableau les médecins ayant failli aux règles d'honneur et de probité dans l'exercice de leur art.

Nous donnons ces informations sous toutes réserves, puisque la question semble avoir considérablement évolué en quelques semaines.

C) Nouvelle organisation de l'Ordre *(en projet)*

Nos lecteurs trouveront ci-dessous la seconde partie du texte de l'ordonnance du 18 *octobre* 1943 *publiée à Alger* **mais qui n'a pas été déclarée applicable au territoire métropolitain.** *La première fraction de cette ordonnance relative à l'exercice de la médecine a été publiée dans notre première partie. Nous ne la publions donc* **qu'à titre d'information** *et pour indiquer quelles pourraient être les bases d'une nouvelle organisation de la profession.*

....

ORDONNANCE DU 18 OCTOBRE 1943
(Non applicable actuellement)

....

ART. 21. — Il est institué un Ordre des Médecins, groupant obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en France.

L'Ordre des Médecins veille à l'**observation** par tous ses membres **des devoirs professionnels** et au **maintien des principes de morale, de probité et de dévouement** indispensables à l'exercice de la médecine.

Il assure la **défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.**

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils départementaux de l'Ordre, des Conseils de discipline et des Chambres régionales de discipline.

Chapitre I. — *De l'inscription aux tableaux départementaux de l'Ordre*

ART. 22. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département sont inscrits dans les formes indiquées ci-après, sur **un tableau établi et tenu à jour par le Conseil départemental de l'Ordre** visé à l'art. 27 de la présente ordonnance. Ce tableau est déposé à la Préfecture ainsi qu'au Parquet du Tribunal. Au début de chaque année, il est publié conformément à l'art. 6 ci-dessus.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne possède les qualités requises aux paragraphes 1 et 2 de l'art. 1er ou à l'art. 2 de la présente ordonnance (Cf. *pages* 1 *et* 4. *ci-dessus.*)

Un médecin ne peut faire partie que d'un seul Ordre, qui est celui du département où se trouve son principal établissement professionnel.

ART. 23. — Le **premier tableau de l'Ordre,** constitué en exécution de la présente ordonnance **sera établi, dans le mois** qui suivra la publication de celle-ci, **par les soins du Préfet.**

Tous les médecins inscrits sur la liste départementale dressée conformément à l'art. 10 de la loi du 30 novembre 1892, seront portés de droit sur ce premier tableau.

Tout médecin porté sur cette liste, qui n'aurait pas été inscrit d'office dans ce premier tableau de l'ordre, aura le droit d'adresser une demande d'inscription au Préfet qui sera tenu de réparer cette omission.

ART. 24. — Hors le cas prévu à l'article précédent, les demandes d'inscriptions au tableau de l'Ordre sont adressées, par les intéressés au Conseil de l'Ordre du département dans lequel ils se proposent d'exercer. Elles sont accompagnées du diplôme de docteur en médecine et de l'extrait du casier judiciaire des requérants.

Le Conseil départemental de l'Ordre doit statuer dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la demande. Il prononce l'inscription au tableau après avoir vérifié les titres du demandeur ou refuse cette

inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité.

Le délai de deux mois pourra être prolongé quand il y aura lieu de demander des renseignements hors de la France continentale. L'intéressé en sera, dans ce cas, avisé.

Dans le domaine qui suivra le délai imparti au Conseil départemental, la décision motivée de ce Conseil sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé.

Chaque inscription au tableau sera notifiée sans délai au Préfet du département.

ART. 25. — **En cas de refus d'inscription,** le requérant pourra **déférer** l'avis motivé du Conseil départemental de l'Ordre à la **Chambre régionale de discipline** dans le délai de deux mois à dater de la notification. Le dépassement des délais de l'article 24 donnera lieu aux mêmes recours.

La décision de la Chambre régionale de discipline peut être **attaquée** devant **le Conseil d'Etat,** par la **voie du recours pour excès de pouvoir,** par le médecin intéressé ou par le Conseil départemental de l'Ordre.

ART. 26. — L'inscription au tableau d'un département rend licite l'exercice de la médecine sur tout le territoire national. En cas de changement de domicile, un transfert d'inscription est effectué à la diligence de l'intéressé.

Tout transfert d'inscription est notifié sans délai au Préfet du département où le médecin désire exercer.

CHAPITRE II

Des conseils départementaux de l'Ordre

ART. 27. — Dans chaque département il est institué un Conseil départemental de l'Ordre.

Celui-ci est composé d'un Président assisté de membres, en nombre variable selon le nombre de médecins inscrits au tableau depuis au moins trois ans.

Le nombre des membres, en plus du Président, est de 6 lorsque le nombre des médecins inscrits est inférieur à 30; il est de 9 si ce nombre est compris entre 31 et 100, et de 15 si ce nombre est supérieur à 100. Dans le département de la Seine, le Conseil de l'Ordre compte un Président et 24 membres.

ART. 28. — Le Président et les membres du Conseil départemental de l'Ordre sont **élus par l'assemblée générale des médecins inscrits au tableau.**

Sont seuls éligibles :

Comme membres du Conseil départemental, les médecins possédant la nationalité française, âgés de 36 ans révolus et inscrits à un tableau de l'Ordre depuis au moins trois ans.

Comme Président, les médecins ayant précédemment fait partie d'un Conseil départemental pendant trois ans.

L'élection du Président, l'élection des membres du Conseil font l'objet de deux scrutins séparés. **L'élection est faite à la majorité absolue des médecins présents ou ayant voté par correspondance.**

ART. 29. — Le **Président et les membres du Conseil sont élus pour trois ans,** ces derniers étant renouvelés par tiers chaque année. Pour les deux premières années de l'institution de l'Ordre, les membres sortants seront désignés par le sort.

Le Président et les membres du Conseil sont **rééligibles.**

ART. 30. — **L'assemblée générale, appelée à élire le premier Conseil de l'Ordre,** sera réunie par les soins du Préfet **dans le mois qui suivra l'établissement du premier tableau de l'Ordre.** Elle sera composée de tous les médecins inscrits, comptant au moins trois ans d'exercice de la profession.

Pour cette élection, seront seuls éligibles :

— Comme membre du Conseil, les médecins possédant la nationalité française et comptant au moins 35 ans d'âge et trois ans d'exercice de la médecine ;

— Comme Président, les médecins possédant la nationalité française et comptant au moins 38 ans d'âge et six ans d'exercice de la médecine.

L'élection aura lieu à la majorité absolue des médecins présents ou ayant voté par correspondance.

ART. 31. — Après chaque élection, le procès-verbal de l'élection est notifié sans délai au Préfet et au Procureur général par le Président de l'Ordre.

Les élections peuvent être déférées à la Chambre régionale de discipline par les médecins ayant droit de vote et par le Procureur général dans le délai de quinze jours. Ce délai court, pour les médecins, du jour de l'élection et, pour le Procureur général, de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié.

ART. 32. — Le Conseil départemental de l'Ordre exerce, dans le cadre départemental, les attributions générales de l'Ordre des médecins énumérées à l'article 21 ci-dessus.

En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre.

Il statue sur les demandes d'inscriptions au tableau.

Il fixe le chiffre de la cotisation annuelle à payer par les inscrits.

Il gère les biens de l'Ordre et peut créer et subventionner des œuvres intéressant la profession médicale, ainsi que des caisses de secours pour ses membres.

Il peut conclure avec les autres conseils départementaux des conventions ou ententes en vue de la création ou de la gestion d'organismes de solidarité interdépartementaux.

Il autorise le Président de l'Ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs faits à l'Ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

ART. 33. — Aucune personne n'assiste aux délibérations du Conseil. Toutefois, le Conseil peut se faire assister d'un conseiller juridique.

En cas de partage égal des suffrages, le Président a voix prépondérante.

ART. 34. — Le Président représente l'Ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du Conseil.

ART. 35. — Le Conseil départemental de l'Ordre n'a pas le pouvoir de juridiction.

Chapitre III. — *De la discipline*

Section I. — *Des conseils de discipline*

ART. 36. — La **juridiction de première instance** de l'Ordre des médecins est constituée par le **Conseil de discipline.**

Il est institué un, deux ou trois conseils de discipline par ressort de Cour d'appel, leur nombre et leur ressort sont fixés par arrêtés du Commissaire à la Santé publique.

Le Conseil de discipline de l'Ordre est **composé :**

De **délégués des Conseils départementaux ;** chaque Conseil désignant son Président et un membre du Conseil.

Lorsqu'un département constitue à lui seul le ressort d'appel, le Conseil de l'Ordre siège tout entier comme Conseil de discipline.

Le Conseil de discipline est présidé par le plus ancien, ou si l'ancienneté est la même, par le plus âgé des Présidents des Conseils départementaux représentés. Le Président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Le Conseil de discipline peut être assisté par un Conseiller juridique désigné par le premier Président à la Cour d'appel parmi les magistrats d'appel ou de première instance. Le Conseiller juridique ne participe pas aux votes.

ART. 37. — Le **Conseil de discipline est saisi par les Conseils départementaux de l'Ordre de son ressort,** soit que ceux-ci agissent de leur propre initiative, soit qu'ils aient été eux-mêmes saisis de plaintes contre un médecin inscrit au tableau de leur département par le Commissaire chargé de la Santé publique, par le Procureur de la République ou par un médecin.

Toutefois, en ce qui concerne les médecins fonctionnaires, l'action, quant aux actes accomplis dans l'exercice de leur fonction, ne peut être engagée que par le Procureur de la République ou le Commissaire chargé de la Santé publique.

ART. 38. — Le Conseil de discipline peut, soit sur la demande des parties, soit d'office, ordonner une enquête sur les faits dont la constatation lui paraîtrait utile à l'instruction de l'affaire. La décision, qui ordonne l'enquête, indique les faits sur lesquels elle doit porter et décide, suivant le cas, si elle aura lieu devant le Conseil ou un membre du Conseil qui se transportera sur les lieux.

ART. 39. — Le Conseil de discipline applique, s'il y a lieu, **les peines disciplinaires** qui sont :

— **L'avertissement,** la **réprimande ;**

— **L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer** une, plusieurs ou la totalité des **fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat,** les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique **ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales ;**

— **L'interdiction temporaire d'exercer la médecine** : cette interdiction temporaire ne pouvant excéder une année ;

— **La radiation du tableau de l'Ordre.**

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du Conseil départemental, du Conseil de discipline, ou de la Chambre régionale de discipline pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif.

Le médecin radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'Ordre. La décision qui l'a frappé est portée (immédiatement) à la connaissance des autres Conseils départementaux de l'Ordre.

ART. 40. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé à comparaître dans un délai de huitaine.

Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'Ordre où il exerce principalement sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1033 du Code de procédure civile.

Le médecin inculpé peut se faire assister d'un défenseur, médecin ou avocat inscrit à un barreau. Il peut exercer devant le Conseil de discipline, de même que devant la juridiction d'appel, le droit de récusation dans les conditions des articles 378 et suivants du Code de procédure civile.

A la suite de chaque séance dn Conseil de discipline, un procès-verbal est établi : il est approuvé et signé par les membres du Conseil et enregistré. Des procès-verbaux d'interrogatoires ou d'auditions doivent être également établis, s'il y a lieu, et signés par les personnes interrogées.

ART. 41. — Les décisions du Conseil de discipline doivent être motivées. Elles sont notifiées au Président du Conseil départemental de l'Ordre intéressé qui la notifie lui-même au médecin qui en a été l'objet, dans les dix jours.

Elles sont communiquées dans le même délai au Procureur général lorsque le Conseil de *discipline* a été saisi par le Procureur de la République. Dans les autres cas, sont seules transmises au Procureur général, après qu'elles sont devenues définitives, les décisions prononçant la peine de l'interdiction ou de la radiation. Le Procureur de la République en informe le Préfet qui en fait la mention sur la liste déposée dans ses bureaux.

ART. 42. — Si la décision a été rendue sans que le médecin inculpé ait comparu ou se soit fait représenter, l'inculpé peut faire opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne, par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque la notification n'a pas été faite à sa personne, le délai est de trente jours à partir de la notification à son domicile et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au Secrétariat du Conseil qui en donne récépissé.

Section II

Des chambres régionales de discipline

ART. 43. — Les **décisions du Conseil de discipline sont susceptibles d'appel de la part du médecin, du Conseil départemental de l'Ordre intéressé ou du Procureur général.** L'appel a un effet suspensif.

ART. 44. — La **juridiction d'appel est constituée par la Chambre régionale de discipline instituée dans chaque ressort de Cour d'appel.**

La Chambre régionale de discipline est composée de :

1° **Trois conseillers à la Cour d'appel,** en exercice ou honoraires, **désignés par le**

premier Président, l'un d'eux faisant fonction de **Président** et **ayant voix prépondérante** en cas d'égal partage des voix ;

2° **Trois médecins élus pour six ans** au scrutin majoritaire par tous les médecins inscrits aux tableaux de l'Ordre du ressort de la Cour.

Sont seuls éligibles les médecins ayant fait partie d'un Conseil de l'Ordre pendant trois ans au moins.

Durant les trois premières années de l'application de la loi, seront seuls éligibles les médecins ayant six années d'exercice de la profession et 38 ans d'âge.

Les fonctions de membre d'un Conseil départemental sont incompatibles avec celles de membres de la Chambre régionale de discipline.

Art. 45. — L'appel est introduit par une déclaration au Greffe de la Cour d'appel. Cette déclaration doit être faite par le Procureur général dans les trente jours de la décision et par le médecin ou le Conseil de l'Ordre intéressé dans les dix jours de la notification qui lui a été donnée ; en cas de décision par défaut, dans les dix jours qui suivent l'expiration du délai d'opposition.

Les **décisions rendues par la Chambre régionale en matière disciplinaire, ne sont susceptibles de recours que devant la Cour de cassation dans les conditions de droit commun.**

Section III

Des autres actions et de la révision

Art. 46. — L'exercice de l'action disciplinaire sus-indiquée ne met obstacle :

1° **Ni aux poursuites** que le Ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes **du droit commun ;**

2° **Ni aux actions civiles** en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ;

3° ***Ni à l'action disciplinaire*** devant l'administration dont dépend le **médecin fonctionnaire ;**

4° **Ni aux instances** qui peuvent être engagées contre les médecins en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur **participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales.**

Art. 47. — Après qu'un intervalle de trois ans au moins se sera écoulé depuis une condamnation définitive à la radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du Conseil de discipline qui a prononcé la condamnation. La demande sera formée par une requête adressée au Président du Conseil départemental de l'Ordre intéressé.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen du fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Dans le cas où la radiation du tableau serait la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive en exécution de l'art. 19 de la présente ordonnance, la demande en relèvement ne sera recevable qu'autant que la condamnation pénale aura été effacée par la réhabilitation, ou l'amnistie. Aucune condition de délai ne sera en ce cas exigée pour l'introduction de la première demande en relèvement. Mais si cette demande est rejetée au fond, les recours subséquents seront subordonnés au délai de trois ans.

. . . .

Note. — *Cette ordonnance du 18 octobre 1943 non applicable et dont nous venons de donner, à titre d'information, le texte, a été complétée par une ordonnance du 15 mars 1944 qui, elle, publiée en France, est théoriquement applicable. En fait, elle n'a d'intérêt que dans la mesure où l'ordonnance qui lui sert de fondement aura régulièrement vu le jour.*

Nous en donnons ci-dessous le texte afin de faire ressortir l'incohérence actuelle du système législatif en matière d'organisation professionnelle médicale, et afin de montrer combien difficilement se justifie le retard apporté à la publication de l'ordonnance du 18 octobre 1943.

Ordonnance du 15 mars 1944

frappant d'inéligibilité aux conseils et chambres des médecins et des praticiens de l'art dentaire les médecins et chirurgiens-dentistes ayant appartenu aux groupements antinationaux.

Exposé des motifs

L'ordonnance du 18 octobre 1943, relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et à l'organisation des professions médicale et dentaire, a créé un ordre des médecins et des praticiens de l'art dentaire et prévu l'élection des Conseils départementaux de l'Ordre, des Conseils de discipline et des Chambres régionales de discipline.

. . . .

Il n'est pas admissible que des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ayant appartenu à des groupements antinationaux ou exercé des fonctions importantes dans la légion des combattants puissent devenir, même par le jeu de l'élection, les juges de leurs confrères. Aussi apparaît-il nécessaire de déclarer ces praticiens et ces chirurgiens-dentistes inéligibles aux fonctions de membres des Conseils et Chambres énumérées ci-dessus.

Cependant, certains d'entre eux ayant pu, par la suite, racheter leur erreur, il convient également de prévoir, à l'interdiction de ceux-ci, une clause analogue à celle qui a été adoptée dans l'ordonnance du 24 décembre 1943 relative à l'indignité des membres des groupements antinationaux.

Art. 1er. — Les médecins et les praticiens de l'art dentaire ayant appartenu aux organismes directeurs de la légion française des combattants et aux organisations énumérées à l'art. 1er de l'Ordonnance du 21 décembre 1943 relative à l'indignité des membres des groupements antinationaux (1), sont déclarés inéligibles aux fonctions de président et de membres des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, des Conseils départementaux des praticiens de l'art dentaire et des Chambres régionales de discipline.

Art. 2. — Les personnes atteintes par les dispositions de l'art. 1er ci-dessus peuvent être, par arrêté du Commissaire aux Affaires sociales, relevées de l'inégibilité prévue par ces dispositions :

1° Pour faits de guerre postérieurs au 23 juin 1940 ;

2° Pour services rendus à la Résistance.

(1) Voici la liste des groupements antinationaux : Service d'ordre légionnaire ou Milice. — Groupe collaboration. — Phalange africaine. — Milice antibolchevique.— Légion tricolore. — Groupements dits « Parti franciste », « Rassemblement national populaire », « Comité ouvrier de secours immédiat », « Mouvement social révolutionnaire » et Groupement dit « Parti populaire français » (ce dernier postérieurement au 1er janvier 1942).

Dépôt légal : N° 4 - 4 - 44. Novembre 1944.
G. Blanchong et Cie, impr. 30 rue du Poteau, Paris (18e) 31.1049